

LAPSI LEIKKAUKSESSA

Kirjalliset ohjeet vanhemmille ja hoitotyöntekijöille

Roosa Kareinen ja Saara Tineo

LAPSI LEIKKAUKSESSA

Kirjalliset ohjeet vanhemmille ja hoitotyöntekijöille

Roosa Kareinen ja Saara Tineo

Opinnäytetyö, syksy 2013

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Kareinen, Roosa & Tineo, Saara. Lapsi leikkauksessa. Kirjalliset ohjeet vanhemmille ja hoitotyöntekijöille. Helsinki, syksy 2013, 47 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa kaksi kotiutumiseen liittyvää kirjallista ohjetta Lastenklinikan lastenkirurgian ja urologian osastolle. Työn aihe nousi osaston tarpeesta, sillä heillä ei aiemmin ole ollut tällaisia ohjeita käytössä. Kirjallisten ohjeiden tavoitteena oli edesauttaa kaikille potilaille yhtä laadukkaan hoidon toteutumista, koska ohjeiden avulla kaikki potilaat ovat ohjauksen kannalta samalla tasolla. Ensimmäisen kirjallisen ohjeen käyttö auttaa lapsipotilaan vanhempia saamaan tarvitsemansa tiedot lapsen hoidosta kotona. Toisen kirjallisen ohjeen avulla vanhemmat muistavat pyytää kaikki tarvitsemansa lääkärinlausunnot ja todistukset yhdellä kertaa. Osastolle suunnitellut yhteiset kirjalliset ohjeet helpottavat myös hoitohenkilökunnan työskentelyä sekä uusien työntekijöiden työhön perehdyttämistä.

Opinnäytetyön teoria koottiin asiantuntijalähteistä ja alan kirjallisuudesta. Apuna käytettiin yhteistyöosaston hoitohenkilökunnan osaamista ja tietoja. Kirjallinen työ sisältää tietoa yhteistyöosastosta ja siellä yleisimmin hoidetuista sairauksista, potilasohjauksesta, perioperatiivisesta hoitotyöstä, lapsen kotihoito-ohjeista ja perheen useimmiten tarvitsemista lääkärintodistuksista ja sosiaalisesta avusta.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi kaksi kirjallista ohjetta. Ensimmäinen ohje koostuu lapsipotilaan kotiutukseen liittyvistä aiheista, joista vanhemmat yleensä haluavat saada tietoa. Sairaanhoitaja täyttää ohjeen avoimet kohdat jokaisen lapsen kohdalla yksilöllisesti ja antaa täytetyn ohjeen vanhemmille kotiin vietäväksi. Toisessa ohjeessa on listattuna vanhempien useimmiten tarvitsemia lääkärinlausuntoja, ja siinä on myös avoimia kohtia muille vanhempien mahdollisesti tarvitsemille todistuksille. Tämän ohjeen sairaanhoitaja antaa vanhemmille täytettäväksi heidän tullessaan osastolle, ja vanhemmat palauttavat sen hoitajille hyvissä ajoin ennen lapsen lähtemistä osastolta. Täytetyn ohjeen mukaan lääkäri osaa kirjoittaa perheelle heidän tarvitsemansa lausunnot samalla kertaa, eikä perheen tarvitse soittaa enää osastolle jälkikäteen, kuten osastolla ennen usein tapahtui.

Kirjallisista ohjeista tuli selkeät, helppokäyttöiset ja ne vastaavat osaston tarpeeseen. Niitä voi muokata jokaiselle potilaalle yksilölliseksi, sillä laitoimme ohjeisiin avoimia kohtia, kuten osasto oli itse toivonut.

Avainsanat: potilasohjaus, pediatria, lastenkirurgia, perioperatiivinen hoitotyö, produktio, kirjallinen ohje

ABSTRACT

Kareinen, Roosa and Tineo, Saara. Child in a surgery. Informational leaflets for the parents and nursing personnel. 47 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Fall 2013.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to produce two informational leaflets for the surgery and urology ward located at the Children's Hospital in Helsinki. The aim of the leaflets was to provide helpful information to the patients visiting the ward and thus ensure an equal standard, albeit high quality patient education. One of the leaflets is targeted at the child patient's parents and strives to help convey all the necessary information related to the care of their child after discharge from hospital. The second leaflet, also for the parents, serves as a reminder with information about what to ask for and describes available medical certificates they may require regarding the child's hospital care. Both informative leaflets have been carefully produced to ease the patient education process conducted by nursing personnel and new nursing staff members.

This thesis has been written using theory collected from expert sources and literature published within the nursing field. A cooperative relationship with the wards professional nurses added perspective, as a skill and knowledge base for the theoretical part. The written part of this thesis contains a description of the cooperation involved with the ward and the most common diseases found there, patient education, perioperative care, home care instructions and the medical certificates needed by the family.

As the result of this thesis, two informational leaflets were produced. One leaflet focuses on themes that parents frequently demonstrate interest in, concerning their child's care after a hospital visit. The nurse may use the leaflet by filling out the blanks within the leaflet with personal information about the child, and then gives the leaflet to the parents so they can take it home. The other leaflet has a list of the medical certificates that are most often needed by the family in the ward. This leaflet is given to the parents when they arrive at the ward and they will fill it out and return it to the nursing personnel during their stay. The filled out leaflet will assist the doctor to provide written statements or medical certificates that the family may need. This type of informative leaflet will lessen the frequency in which parents call the ward after discharge, as was done earlier before the introduction of these informational leaflets.

The informational leaflets were produced according to a planned process. They are handy, easy to use and made to meet a need at the ward in the area of patient education. We made the leaflets easy to modify as the ward had asked us to do. With leaflets of this caliber, the personnel of the ward can provide every patient with a personalized leaflet that contains unique information tailored to a particular patient case.

Keywords: patient education, pediatrics, pediatric surgery, perioperative health care, production, informational leaflet

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 YHTEISTYÖKUMPPANI	9
2.1 Lastenklinikan historiaa	9
2.2 Lastenurologia ja osasto K5	9
3 LEIKKAUKSIA VAATIVIA SAIRAUKSIA OSASTOLLA K5.....	11
3.1 Urologia	11
3.1.1 Virtsateiden rakenne.....	11
3.1.2 Lasten urologia.....	12
3.1.3 Lapsipotilaiden hoito.....	13
3.2 Lasten verisuonimalformaatiot ja hoitomuodot	14
3.3 Pehmytkudossyöpä ja lasten sarkoomat.....	15
3.4 Tulehdukselliset suolistosairaudet	16
3.5 Hydrocephalus-shuntin ongelmat.....	17
4 POTILASOHJAUS	19
4.1 Lapsipotilaan ohjaus kirurgisessa hoitotyössä	19
4.2 Ohjaus potilaan näkökulmasta	20
4.3 Ohjaus hoitajan näkökulmasta	22
5 LAPSEN PERIOPERATIIVINEN HOITO	23
5.1 Perioperatiivisen hoitotyön kuvaus	23
5.2 Preoperatiivinen hoitotyö	25
5.3 Intraoperatiivinen hoito	27
5.4 Postoperatiivinen hoitotyö ja kivunhoito	28
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	32
6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö	32
6.2 Kirjallinen potilasohje.....	33
6.3 Produktion toteutus	34
6.4 Kirjallinen ohje 1.....	35
6.5 Kirjallinen ohje 2.....	37

7 POHDINTA	39
LÄHTEET	41
LIITE 1: Kirjallinen ohje 1	46
LIITE 2: Kirjallinen ohje 2	47

1 JOHDANTO

Teimme produktiivisen opinnäytetyön työelämän esille tuomaan tarpeeseen. Yhteistyöosastona toimi Helsingin yliopiston sairaalan Lastenklinikan lastenkirurgian ja urologian osasto K5. Osastolla ei ollut aikaisemmin vanhemmille suunnattua käytännöllistä kirjallista ohjeistusta lapsen kotiutumisvaiheeseen. Halusimme toteuttaa kirurgisen lapsipotilaan perheelle lapsen kotiutumisvaiheeseen selkeät ja helppolukuiset ohjeet, jotka antavat heille varmuutta jatkohoidon onnistumiseen kotona. Vanhemmilla on myös ollut tapana soittaa osastojakson jälkeen osastolle ja pyytää jälkikäteen erilaisia tarvitsemiaan lääkärinlausuntoja ja reseptejä. Produktiemme tarkoituksena oli auttaa vanhempia saamaan tarvitsemansa tiedon jo osastolla ollessaan, ettei heidän tarvitsisi soittaa sairaalaan enää jälkikäteen kysyen eri asioista.

Teimme osastolle kaksi kirjallista ohjetta. Kirjallinen ohje 1 sisältää vanhemman ja lapsen tarvitseman tiedon lapsen jatkohoidosta kotona. Ohjeeseen keräsimme asioita, joista vanhemmat usein kaipaavat lisätietoa: paluu päivähoittoon/ kouluun, syöminen, liikkuminen, peseytyminen, haavanhoito, kivunhoito, ompeleiden poisto sekä jatkohoito. Hoitajat täyttävät tämän jatkohoito-ohjeen yksilöllisesti jokaisen lapsen tarpeiden mukaan ja käyvät sen sitten läpi perheen kanssa sekä antavat sen heille ennen heidän osastolta lähtöä. Kirjallinen ohje 2 sisältää tietoa perheen tarvitsemista todistuksista, lääkärinlausunnoista ja tarvittavista apupalveluista kotona sairaalahoidon jälkeen. Perhe saa ohjeen osastolle tultuaan ja he palauttavat sen osastolle täytettynä osastojakson aikana. Kirjallisen ohjeen 2 avulla kirurgisen lapsipotilaan vanhemmat muistavat pyytää ajoissa tarvitsemansa lääkärinlausunnot ja muut avut. Eri lausunnot ja sosiaalinen tuki on tarkoitettu auttamaan perhettä heidän arjessaan lapsen sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Kirjallinen työmme esittelee yhteistyöosastomme lastenkirurgian ja urologian osaston, siellä useimmiten esiintyvien lapsipotilasryhmien kirurgiaa vaativat sairaudet, lapsiperheen potilasohjausta ja perioperatiivista hoitotyötä lastensairaanhoidossa. Lapsipotilaan ohjauksella on suuri vaikutus lapsen mielikuvaan sairaalasta ja siellä tapahtuvista hoito- toimenpiteistä. Sen vuoksi sairaanhoitajan ja lääkärin ammattitaito korostuvat lastensairaanhoidossa.

Työssämme keskitymme pääosin lasten urologiaan, mutta käsittelemme myös muita kirurgista hoitoa vaativia sairauksia kuten verisuoniformaatioita, pehmytkudossyöpää, lastensarkoomia, hydrocephalus-shuntin ongelmia, ruuansulatuselimistön rakennepoikkeavuuksia ja tulehduksellisia suolistosairauksia. Teoriaosuudessa kerromme myös opinnäytetyössämme käyttämästä toiminnallisesta menetelmästä sekä laajemmin tekemistämme produktioista. Opinnäytetyön viimeisessä luvussa olemme pohtineet opinnäytetyöprosessiamme ja ammatillista kasvuamme sen aikana.

2 YHTEISTYÖKUMPPANI

2.1 Lastenklinikan historiaa

Lastenklinitikka on Suomen ensimmäinen lastensairaala ja se on perustettu Helsinkiin vuonna 1893 edistämään lastentautiopin yliopisto-opetusta. Nykyiselle paikalleen Meilahden sairaala-alueelle Lastenklinitikka siirtyi vuonna 1946. Uuden sairaalan suunnittelussa hyödynnettiin ulkomailta saatuja kokemuksia. Opintomatkoille suunnattiin Pohjoismaihin, Englantiin ja Yhdysvaltoihin. Vuonna 1974 laadittiin sopimus, jossa päätettiin, että Helsingin Lastenklinitikalle keskitetään vaikeat synnynnäisten sydänvikojen avosydänkirurgia, lasten elinsiirrot, tehohoitoa edellyttävä selkärankakirurgia ja luuydinsiirrot sekä vaikeat sukuelinten rakennepoikkeamien korjausleikkaukset. 1960-luvulla sairaansijoja oli enimmillään 320. Nykyisin sairaansijoja on noin 150. (Tuuteri 1993, 11, 15–16, 182.)

Lasten kirurgisia toimenpiteitä on tehty Suomessa jo 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa. Lastenklinitikalla on mainintoja kirurgisista toimenpiteistä lapsille 1920-luvulta lähtien. Nykyaikainen lasten urologia alkoi kehittyä 1950-luvulla, kun huomattiin varhaislapsuuden uusiutuvien virtsatietulehdusten vaativan useimmiten kirurgista hoitoa. Suomessa lasten urologian kehittäjänä voidaan pitää kirurgianerikoislääkäri lääketieteen ja kirurgian tohtori Kaarlo (Kalle) Parkkulaista (22.6.1921–4.12.2005). (Tuuteri 1993, 74, 79, 82, 132.)

2.2 Lastenurologia ja osasto K5

Lasten urologian ja -kirurgian osasto kuuluu naisten- ja lastentautien tulosityksikköön, lastenkirurgian klinikkaryhmään. Osastolla on 14 sairaansijaa ja keskimääräinen hoitoaika on noin kolme vuorokautta. Osastolla hoidetaan 0–18-vuotiaita potilaita. Hoitosuhteet osastolla saattavat olla pitkiäkin ja joidenkin potilaiden hoito jatkuu pitkälle aikuisuuteen. Osasto vastaa virtsateiden synnynnäisten rakennepoikkeavuuksien korjausleikkauksista ja virtsaelinkirurgiasta, kuten munuaisleikkauksista. Lastenklinitikan päivystystoimenpiteistä tavallisin on kiveksen kiertymän leikkaus. Osasto K5 vastaa sekä lasten

gastroenterologiasta että lasten yleiskirurgiasta. Osastolla hoidetaan erilaisia ruoansulatuskanavan sairauksia ja tulehdussairauksia. Yleisimmät gastroenterologian potilasryhmät ovat synnynnäiset suoliston alueen rakennepoikkeavuudet sekä tulehdukset. Osasto tekee yhteistyötä Töölön sairaalan kanssa kalleleikattujen lapsipotilaiden hoidossa. Lastenklinitikka vastaa suunnitelluista neurokirurgisista leikkauksista. Osastolla hoidetaan mm. hydrocephalus-potilaita (vesipää eli hydrokefalia) ja verisuoniepämuodostumia. Osasto on vastuussa lisäksi erilaisista kasvainleikkauksista ja verisuonikirurgisista lapsipotilaista. (HUS i.a.a., HUS 2010.)

Lastenklinikan lastenkirurgian ja urologian osastolla työskentelee parikymmentä sairaanhoitajaa, muutama lastenhoitaja ja laitoshuoltajia. Hoidosta vastaavat virtsateihin ja vatsan alueen sairauksiin ja muuhun kirurgiaan erikoistuneet kirurgit. Osastolla toimivat myös suolisto- ja munuaissairauksiin erikoistuneet lastenlääkärit sekä neurologit. Osastolla on sekä lääketieteen opiskelijoita että sairaanhoidonopiskelijoita. Lääkärit ovat tavattavissa arkiaamuisin lääkärinkierrolla. Tarvittaessa heitä näkee myös iltpäivisin. Muut lääkärit kuten lastenlääkäri, suolistolääkäri, munuaislääkäri ja neurologi ovat tavattavissa sovitusti. Virka-ajan ulkopuolella toimivat useiden erikoisalojen päivystävät lääkärit. Arkisin osastolla toimii lastentarhanopettaja ja sairaalakoulun opettaja. Tarvittaessa hoitoon voi osallistua myös sosiaalityöntekijä ja psykiatrian yksikön työntekijöitä. (Osasto K5 i.a.)

3 LEIKKAUKSIA VAATIVIA SAIRAUKSIA OSASTOLLA K5

3.1 Urologia

Urologia on kirurgian erikoisala, joka tutkii miesten, naisten ja lasten munuaisten ja virtsateiden sairauksia sekä miehen sukupuolielimiä ja niiden tauteja. Urologiaan kuuluvat virtsateiden ja sukupuolielinten sairaudet sekä kasvaimet, syövät, vammat, toimintahäiriöt ja lisääntymiskykyyn vaikuttavat häiriöt. Yleisimmät potilasryhmät ovat eturauhasen hyvänlaatuinen liikakasvu ja virtsa- ja sukuelinten syöpä kuten eturauhassyöpä. (HUS i.a.b)

Urologian potilaita hoidetaan päivystyksenä erikoissairaaloissa sekä kirurgian poliklinikoilla sekä urologian erikoislääkärin vastaanotoilla. Urologian potilaan hoidossa keskeisiä hoitotoimenpiteitä ovat katetrointi, alavatsan tunnustelu, virtsanmittaus, lääkehoito ja mahdollinen operatiivinen hoito. Aseptiikka korostuu ennen ja jälkeen hoidon, sillä hoito tapahtuu infektiokerällä alueella. (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2010, 217–238.)

3.1.1 Virtsateiden rakenne

Virtsatiet jaetaan ylempiin ja alempiin virtsateihin. Ylempiin virtsateihin kuuluvat munuainen (lat. ren) ja virtsanjohdin (lat. ureter). Alempiin virtsateihin kuuluvat virtsarakko (lat. vesica urinaria) ja virtsaputki (lat. uretra). Munuaiset sijaitsevat vatsakalvon takana selkärangan ja ison lannelihaksen välissä. Sikiön munuaiset sijaitsevat kehityksen alussa lantiolla, mutta kasvun edetessä ne vaihtavat sijaintinsa selkärangan ja ison lannelihaksen väliin. (Nurmi, Lukkarinen, Ruutu, Taari & Tammela (toim.) 2001, 12–19.)

Munuaiset poistavat ylimääräistä nestettä, suoloja ja kuona-aineita sekä säätelevät elimistön happo–emäs-tasapainoa ja vaikuttavat D-vitamiiniaineenvaihduntaan. Munuaiset valmistavat virtsan ja poistavat verestä kuona-aineita ja siirtävät niitä virtsaan. Virtsanjohdin vie virtsan munuaisista virtsarakkoon. (Munuais- ja maksaliitto i.a.a.) Alempiin

virtsaateihin kuuluva virtsarakko sijaitsee pienillä lapsilla vatsan alueella lantion pienen koon vuoksi. Ihminen voi säädellä virtsarakon toimintaan eli pidätyskykyään tahtonsa mukaan. Täyttyessään virtsarakko saa aikaan virtsaamistarpeen. Pienillä lapsilla tätä virtsaamistarpeen tunnistamisrefleksiä ei ole vielä kehittynyt, vaan virtsaus tapahtuu spontaanisti. Virtsaputken kautta virtsa (lat. *urina*) poistuu elimistöstä. Peräaukon läheinen sijainti aiheuttaa varsinkin naisilla virtsaputken ja virtsateiden infektiokerkkyyden. (Nurmi ym. 2001, 19–22.)

3.1.2 Lasten urologia

Lasten virtsateiden ongelmat jaetaan ylä- ja alavirtsateiden sekä sukuelinten kirurgisiin ongelmiin. Lasten ylävirtsateiden ongelmat havaitaan usein puolivahingossa esim. hoidettaessa virtsatietulehdusta tai kaiku- tai röntgentutkimuksen yhteydessä munuaisissa löydettävän poikkeavan löydöksen myötä. Tavallisimmin lasten virtsateiden ongelmat ovat keskittyneet munuaisiin ja virtsanjohtimiin. Ongelmat saattavat löytyä myös lapsen valittaessa kipua kyljessä. Vaativimmissa tapauksissa lapsella on saattanut kehittyä jo sikiövaiheessa pysyvä munuaisvaurio, kun virtsa ei pääse rakosta ulos. (Hiitola 2004, 284–288.)

Lasten alavirtsateissä ja sukuelinten alueella olevat poikkeavuudet ja sairaudet ovat herkkä aihe. Korjausleikkaukset yritetään tehdä ennen kouluikää ja mielellään jo varhaislapsuudessa. Vastasyntyneen yksi keskeinen elintoiminto on virtsarakon toimiminen luonnollisesti. (Hiitola 2004, 286.) Lasten alavirtsateiden ongelmiin kuuluvat myös erilaiset synnynnäiset sairaudet, kuten virtsarakon divertikkelit eli pullistumia rakon limakalvolla, jotka aiheuttavat toistuvia virtsatietulehduksia sekä urakus eli virtsarakkoon johtavan käytävän jääminen auki, jolloin rakon sisältöä pääsee navasta ulos. Tavallisesti urakus sulkeutuu ennen syntymää. Urakus hoidetaan leikkauksella, mutta oireettomia divertikkeleitä ei tarvitse operoida. (Nurmi ym. 2001, 331–332.)

Pienille lapsille voidaan virtsatietulehduksen jälkeen tehdä kaiku- tai rakon varjoainekuvaus. Kaiku- tai varjoainetutkimuksen perusteella voidaan selvittää onko kyseessä virtsateiden rakennepoikkeavuus, joka on aiheuttanut infektion. Virtsateiden rakennepoikkeavuuden ilmaantuessa, voidaan seuranta jatkua kaiku-, isotooppi-, tai varjo-

ainekuvausten avulla. Epäselvissä tapauksissa tehdään virtsarakon tähyystys eli kystoskopia. Lapsille tähyystys tehdään aina nukutuksessa. Mikäli rakennepoikkeavuus vaatii leikkausta, potilaan virtsatieinfektion tulee olla parantunut kunnolla ennen leikkausta. (Hiitola 2004, 284–285.)

3.1.3 Lapsipotilaiden hoito

Urologiset lapsipotilaat hoidetaan erikoissairaanhoidossa. Lasten yleisimmät virtsateiden ongelmat ovat virtsatietulehdus, munuaisten ja virtsateiden epämuodostumat, joita on viidellä prosentilla lapsista, ja virtsan takaisinvirtaus VUR eli vesikoureteraalinen refluksi. Leikkauksella pyritään korjaamaan tilanne ja turvaamaan munuaisten kehitys sekä estämään pysyvien munuaismuutosten syntyminen. Lasten munuaisten vajaatoimintaan johtavia syitä ovat tavallisesti virtsateiden rakenneviat, munuaisten kehityshäiriö, glomerulonefriitti eli munuaiskerästulehdus, nefronoftiisi eli munuaiskudoksen surkastuminen ja polykystinen munuaissairaus eli munuaisten monirakkulatauti. (Rajantie, Mertsola & Heikinheimo 2010, 423, 426–434, 536.)

Urologian lapsipotilaiden kirurgisen hoidon tulokset ovat hyviä. Osa potilaista tarvitsee kuitenkin uusintaleikkauksia ja osalle kirurgiset toimenpiteet jatkuvat läpi elämän. Leikkaukset ovat vaativia operaatioita, ja potilaan kasvamisen ja kehittymisen vuoksi potilaalle tarvitsee tehdä useita korjausleikkauksia. Vaikeimmissa tilanteissa potilas tarvitsee munuaisensiirron (TAULUKKO 1), mutta munuaiselinsiirto koskettaa vain pientä potilasryhmää. (Rajantie 2010 ym., 433–434.)

TAULUKKO 1. Lasten munuaisensiirron syyt Suomessa

Synnynnäinen nefroosi	78 potilasta
Virtsateiden rakennevika, munuaisten kehityshäiriö vesikoureteraalinen refluksi (virtsanpau- lautuminen rakosta virtsanjohtimeen)	52 potilasta
Polykystinen munuaistauti nefronoftiisi	29 potilasta
Glomerulonefriitti	16 potilasta
Muut syyt	11 potilasta

(Rajantie ym. 2010, 434.)

Munuaiselinsiirtoa edeltää aina dialyysihoito. Dialyysihoito aloitetaan lapsille harkitusti Helsingin yliopistollisen sairaalan Lastenlinikalla Munuais- ja elinsiirto-osastolla K3. Lapselle aloitetaan dialyysihoito vain silloin, kun munuaisen siirto on mahdollinen. Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan edetessä elimistön ylläpitäminen edellyttää dialyysihoitoa. Lapsilla dialyysihoito parantaa huomattavasti yleisvointia. Dialyysihoito toteutetaan vatsakalvo- eli peritoneaalidialyysinä tai veriteitse hemodialyysinä. Valtaosa lapsista hoidetaan vatsakalvodialyysillä. (Munuais- ja maksaliitto i.a.b.)

3.2 Lasten verisuonimalformaatiot ja hoitomuodot

Verisuoniepämuodostumat syntyvät yleensä sikiöaikana tai pian syntymän jälkeen. Niissä happipitoista happea vievien valtimoiden ja hapetonta verta kuljettavien laskimoiden virtaukset sekoittuvat keskenään. Verisuoniepämuodostumia voi syntyä minne päin vain kehoa, mutta vaarallisimpia ne ovat aivoissa ja selkäytimessä. Useimmat ihmiset eivät saa verisuoniepämuodostumista mitään oireita, vaan ne löydetään sattumalta. Toisille kuitenkin ilmestyy esimerkiksi kouristuksia tai päänsärkyä. Pitkäaikainen toispuoleinen päänsärky voi osoittaa epämuodostuman tarkan paikan, mutta on yleisempää, että päänsärky voi tuntua melkein koko päässä. Muita mahdollisia verisuoniepämuodostumien aiheuttamia oireita ovat koordinoitavuuden häviäminen, näkö- ja puhehäiriöt, raajojen puutuminen tai muistinmenetys. Lapsen, jolla on verisuoniepä-

muodostuma aivoissa, oppimiskyky voi hidastua epämuodostuman vuoksi ja sitä ei välttämättä osata siinä vaiheessa diagnosoida muiden oireiden puuttumisen vuoksi. (NINDS 2009.)

Verisuoniepämuodostumia voi syntyä kaikenikäisille. Yksi vakavimmista verisuoniepämuodostumista on Galenin laskimon toimintahäiriö. Galenin laskimo sijaitsee aivojen syvimmissä osassa ja sen epämuodostuma aiheuttaa oireita jo heti syntymähetkellä tai pian syntymän jälkeen. Hydrokefalia yhdistetään usein juuri Galenin laskimon toimintahäiriöön. Muita oireita voi olla päänahan turvonneet laskimot, kouristukset ja energianpuute. Lapset, joilla on tämä syntyessään, viivästyvät usein kehityksestä kasvaessaan. (NINDS 2009.)

Lääkityksellä voidaan helpottaa verisuoniepämuodostumien aiheuttamia oireita, kuten päänsärkyä, selkäkipua ja kouristuksia. Myös leikkausta käytetään hoitomuotona joillekin verisuoniepämuodostumille. Aivojen alueen verisuoniepämuodostumilla on suuri riski vuotaa, ja sen vuoksi ne yleensä aina leikataan. Laskimoverisuoniepämuodostumat taas ovat hankalia hoitaa leikkauksella niiden hahmottamisen vaikeuden vuoksi. Leikkaus toimenpiteenä ei ole riskitön, ja sen vuoksi leikkauksen riskit ja hyödyt pitää miettiä hyvin aina jokaisen potilaan kohdalla. (NINDS 2009.)

3.3 Pehmytkudossyöpä ja lasten sarkoomat

Pehmytkudossyövällä tarkoitetaan pahalaatuista, elimistön tukikudoksista alkunsa saanutta kasvainta. Pehmytkudossyövät ovat melko harvinaisia, vuosittain niitä todetaan noin sata ja ne ovat vain yksi prosentti kaikista syövistä. Tavallisimpia pehmytkudossyöpiä ovat fibrosarkooma, liposarkooma ja leiomyosarkooma. Sarkooman edellä oleva nimi kertoo kasvaimen alkuperästä. Fibrosarkooma on lähtöisin sidekudoksesta, liposarkooma rasvakudoksesta ja leiomyosarkooma sileästä lihaskudoksesta. Pehmytkudossyöpä voi ilmestyä mihin vain kehossa, mutta puolet niistä sijaitsevat raajoissa, toinen puolet vartalon, kaulan ja pään alueella. (Tarkkanen 2011.)

Suomessa lapsilta löydetään vuosittain kymmenen sarkoomaa, puolet niistä on luusarkoomia ja puolet pehmytkudossarkoomia. Lasten tavallisin sarkooma on osteosarkooma

eli luusyöpä. Tavallisin lasten pehmytkudossyöpä on rabdomyosarkooma, lihaksesta lähtöisin oleva sarkooma. Rabdomyosarkooma huomataan tavallisesti sen kasvattamasta tuumorista. Myös muut sarkoomat kasvavat usein suuriksi ennen kuin ne aiheuttavat potilaalle oireita. Muita yleisoireita, kuten laihtumista tai kuumetta esiintyy harvoin. Pehmytkudossarkooma kasvaa usein hitaasti kyhmyksi. Yleensä sen tunnistaa siitä, että se sijaitsee terveen ihon alla, sen halkaisija on yli viisi senttimetriä ja se on kiinnittynyt paikalleen. Sarkoomat leviävät yleensä veren kautta, ja sen vuoksi ne tekevät etäis-pesäkkeitä usein keuhkoihin ja maksaan. Sarkoomat diagnosoidaan kuvantamalla sekä kudoksenäytetutkimuksella. Kuvantamisen avulla pyritään saamaan selville sarkooman sijainti, levinneisyys sekä mahdollisuuksien mukaan sen laatu. Etäpesäkkeet voidaan todeta tietokonetomografialla ja keuhkojen röntgenkuvauksella. (Syöpäjärjestöt 2008.)

Pehmytkudossarkoomien tutkiminen aloitetaan ultraäänikuvauksella, jossa selviää onko kyseessä kasvain. Magneettitutkimus on tarkempi kuvantamismenetelmä, koska magneettitutkimuksessa pehmytkudokset on helpompi erottaa toisistaan ja kasvain erottuu yleensä selvästi ympäröivistä kudoksista. Diagnoosin selvittämiseen tarvitaan kudoksesta otettava näyte ja se otetaan usein kuvantamistutkimusten yhteydessä. (Syöpäjärjestöt 2008.)

3.4 Tulehdukselliset suolistosairaudet

Tulehduksellisia suolistosairauksia ovat haavainen paksusuoli (lat. colitis ulcerosa, CU), krooninen peräsuolitulehdus (lat. proctitis) ja Crohnin tauti. Sairauksien syntyyn vaikuttavia tekijöitä ei tunneta ja taudinkuva on yksilöllinen jokaisella ihmisellä. Tulehduksellisia suolistosairauksia esiintyy pääasiassa Pohjoismaissa ja Pohjois-Amerikassa. (Niemi 2000, 347.)

Haavainen koliitti puhkeaa tavallisesti ennen kuin lapsi täyttää 10 vuotta. Koliitti diagnosoidaan endoskopialla narkoosissa ja hoitomuotona on leikkaushoito. Lapsilla ja aikuisilla ilmenee samoja oireita: veriulostetta ja ripulia. Oireet ovat lapsilla hieman vakavammat kuin aikuisilla, sillä tulehdus on yleensä ehtinyt levitä lapsella laajemmalle kuin aikuisella. Tavallisimmin oireet ilmenevät lapsella maksatulehduksena. Tulehduksen ilmeneminen muissa elimissä kuin maksassa on harvinaisempaa lapsille. Seuranta-

tutkimusten mukaan jopa puolet lapsipotilaista paranee oireettomiksi. (Niemelä 2000, 381.)

Crohnin tauti huonontaa ravitsemustilaa ja vaikuttaa kasvun hidastumiseen sekä puberteettikehitykseen. Oireina on vatsakipua, kuumetta, ripulia, laihtumista, veriulostetta ja anaalialueen vaivoja. Ensisijainen hoito on kasvun ja kehityksen turvaaminen lisäämällä ravintoon energiaa nauttimalla enemmän ravintoa. Leikkaushoito on mahdollinen, mutta ensisijainen hoito on lääkehoito. Crohnin tautia sairastava lapsi käy läpi laajat ja vaativat tutkimukset kuten endoskopiaa ja leikkauksen. Crohnin tautia sairastavia lapsia on vähän, joten hoito on keskitetty yliopistollisiin sairaaloihin. (Niemelä 2000, 383.)

3.5 Hydrocephalus-shuntin ongelmat

Hydrokefalus on melko yleinen synnynnäinen anomalia, aivo-selkäydinnesteen häiriö ja seurausta aivojen vauriosta. Se todetaan jonkinasteisena noin yhdellä prosentilla vastasyntyneistä. Hydrokefalus voi syntyä meningiitin, verenvuodon, pikkuaivoinfarktin, -hematooman tai aivokasvaimen seurauksena. Nämä voivat tukkia normaalin aivo-selkäydinnestekierron. Imeväisiässä huomattavin oire hydrokefaluksesta on päänympäryksen normaalia nopeampi kasvaminen. Aivo-selkäydinnesteen kasvattamat aivokammiot tekevät päästä normaalia kookkaamman. Potilailla esiintyy myös muita kohonneen kallonsisäisen paineen oireita kuten kouristuksia, oksennuksia tai tajunnan häiriöitä. Aivopaineen noustessa tarpeeksi korkealle, vaarana on pikkuaivojen ja aivorungon ahautuminen ja siitä johtuva kuolema. Hydrokefaluksen diagnoosi varmistetaan ultraäänellä ja CT-tutkimuksella. Oireet tai normaalia nopeampi päänympäryksen kasvu ovat syitä leikkaukseen. (Louhimo, Peltonen & Rintala 2000, 88.)

Hydrokefaluksen hoitona käytetään sunttausta. Siinä aivokammioon asetetaan kalloon poratun reiän kautta venttiilillä varustettu katetri, jonka toinen pää sijoitetaan vatsaonteloon tai suoraan verenkiertoon. Venttiilin tehtävänä on estää virtaus väärään suuntaan sekä säädellä nesteen virtausta paineen perusteella. Aivokammion paineen noustessa liian korkealle, venttiili päästää ylimääräisen aivo-selkäydinnesteen vatsaonteloon tai vapaaseen verenkiertoon, riippuen minne se on asennettu. Yleisenä ongelmana on shuntin ylivirtaus, eli venttiili päästää liikaa likvoria pois aivokammioista. Näin aivoihin syn-

tyy alipaine, niin kutsuttu slit-tila. Alipaine aiheuttaa kovaa päänsärkyä, pahoinvointia, huimausta, lihasvelttoutta ja väsymystä. Pitkään jatkuessaan slit hidastaa pään kasvua, lisää kallonsaumojen ennen aikaista luutumista sekä suurentaa riskiä sairastua epilepsiaan. (Suomen CP-liitto i.a.)

Suntti ei vastaa luonnollista aivonestekiertoa ja sen vuoksi siihen usein liittyy ongelmia ja riskejä. Suntti on elimistölle vierasesine ja se voi hajota, tukkeutua tai infektoitua. Jos sunttia ei saada toimimaan kunnolla, paikalle vaihdetaan uusi suntti. Aiemmin lähes kaikkiin suntteihin tuli häiriö jossain vaiheessa, nykyään oletetaan, että jopa puolet potilaista voisi selvitä ilman äkillisiä sunttiongelmia koko lapsuusikänsä. (Metachronos ry i.a.)

4 POTILASOHJAUS

4.1 Lapsipotilaan ohjaus kirurgisessa hoitotyössä

Ohjaus tarkoittaa käytännöllisen opetuksen antamista ja ohjauksen alaisena toimimista. Ohjaus on osa potilaan kokonaisvaltaista hoitotyötä. Ohjaus on parhaimmillaan mahdollisuus potilaalle ja lapsipotilaan huoltajille osallistua potilaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Ohjauksessa korostuvat hoitajan sairaanhoidolliset tiedot ja taidot sekä viestintäosaaminen. Riittävä tieto potilaalle ei yksin riitä, vaan potilaan tulee myös ymmärtää saamansa informaatio, ennen kuin hän voi täysin osallistua hoitonsa päätöksentekoon. Ohjauksella voidaan myös vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen saamastaan hoidosta, ja parantaa potilaan elämänlaatua ja hyvinvointia. Ohjauksella voidaan edistää potilaan mahdollisuuksia selviytyä itsenäisesti sekä vähentää potilaan mahdollista pelkoa ja ahdistusta. (Eloranta, Johansson & Vähätalo 2009, 15.)

Ohjaus kuuluu kiinteästi myös kirurgiseen hoitotyöhön. Potilas tulee valmistaa leikkaukseen ja häntä tulee ohjata ennen toimenpidettä ja sen jälkeen. Lastenkirurgiassa toimenpiteeseen valmistamiseen ja ohjaustilanteeseen osallistuvat lääkärit, hoitava henkilökunta, lapsi tai nuori sekä hänen perheensä. Lastenkirurgiassa keskeinen lähtökohta on, että lääketieteellinen tai hoidollinen tapahtuma pyritään selventämään huolellisesti sekä lapselle että hänen huoltajalleen. On hyvä, jos lapsen tai nuoren valmistaminen toimenpiteeseen voidaan aloittaa jo kotona ennen sairaalaan tuloa. Lapsen ja nuoren mielikuvaan sairaalasta vaikuttaa koko sairaalassa vietetty aika. Lapsen ikä ja ymmärryksen taso tulee ottaa huomioon koko hoidon ajan. (Hiitola 2004, 132.)

Perhehoitotyöstä tai perheen hoitamisesta ei ole omaa lainsäädäntöä, mutta laki potilaan asemasta ja oikeuksista (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) ohjaa hoitohenkilökunnan toimintaa lapsipotilaan vanhempien kohtaamisessa. Perinteisesti hoitotyö korostaa yksilöä ja hänen asemaansa. Lastensairanhoidossa hoitajalla on eettinen velvollisuus ottaa lapsen koko perhe huomioon. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa kerrotaan, että sairaanhoitajan rooli ja velvollisuus on kohdata potilaan perhe ja läheiset sekä rohkaista heidän kanssaan potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa. Potilaslaissa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) mainitaan, että potilaan perheellä, muulla läheisellä

henkilöllä tai potilaan laillisella edustajalla on oikeus saada tietoa potilaasta sekä oikeus osallistua potilasta koskeviin hoitopäätöksiin. (Åstedt-Kurki ym. 2008, 124.)

Lapsipotilaan ohjauksessa hoitajan ohjaustyöskentelyyn kuuluu kiinteästi vuorovaikutus lapsen vanhempien kanssa. Lapsi on aina osa perhettä ja vanhempiensa vastuulla. Kaikissa hoitotilanteissa hoitajan tulee ottaa huomioon potilaan ymmärrystaso, ikä, vieraskielisyys, uskonto, kulttuuri, fyysinen tai psyykkinen vamma sekä sairaudet. Lastensairaanhoidossa perheenjäsenten mukaanotto ohjaustilanteeseen on merkittävä osa potilaan hoitoa, sillä lapsen kotiutuessa vastuu kotona tapahtuvasta jatkohoidosta siirtyy lapsen vanhemmille. Ohjauksen tarkoituksena on ennaltaehkäistä ja lieventää potilaan kipuja ja epämukavuuden tunnetta sekä mahdollisia pelkoja ja ympäristön muutoksen aiheuttamaa stressiä. (Korte, Rajamäki & Lukkari 1997, 56–59.)

Lastensairaanhoidossa lapsi hoidetaan ja kohdataan kokonaisuutena. Lasta hoidettaessa huomioidaan iänmukaisesti lapsen fyysinen ja yksilöllinen kasvu, kehitys ja kypsyminen sekä niiden mukanaan tuomat erityistarpeet. Lapsen kasvu ja kehitys tuovat haasteita hoitohenkilökunnalle, sillä lapsi kehittyy koko ajan. Lasten sairaudet ovat hyvin samanlaisia kuin aikuisilla. Eroavana tekijänä on se, että monet lasten sairauksista liittyvät sikiöaikaisiin häiriöihin tai perinnöllisyyteen. Osaa lastensairauksista taas esiintyy vain lapsilla, tai hoito aloitetaan ja toteutetaan vain lapsuusiässä. Lapsen sairaus voi edetä todella nopeasti ja olla erityisen vaikea, ja silloin hoidossa tarvitaan runsaasti erikoislääkäreiden osaamista. Yksi tärkeä osa lastensairaanhoitoa on muistaa, että pelot ovat lapsille usein suurempi asia, kuin mitä ne ovat aikuisille. (Tuomi 2008, 19.)

4.2 Ohjaus potilaan näkökulmasta

Lastensairaanhoidossa potilaalla on useimmiten mukana ainakin yksi aikuinen. Perhehoitotyön päämäärä on perheenjäsenen tai -jäsenten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä tukeminen. Perhe koostuu kahdesta tai useammasta toisiinsa sitoutuneesta henkilöstä. Perheen koko, muoto ja sisäiset valtasuhteet eroavat eri kulttuurien välillä. Perheenjäsenet jakavat keskenään tunnetasoisien sitoutuneisuuden toisia perheenjäseniä kohtaan. Perhe voi kuulua individualistiseen eli yksilölliseen kulttuuriin tai kollektiiviseen eli yhteisölliseen kulttuuriin. Yksilöllisen kulttuurin perhe tarkoittaa ydinperhettä,

jossa perheellä on kiinteä rooli taloudellisena ja toiminnallisena yksikkönä. Yhteisöllisen kulttuurin perhe on yleensä kahden suvun perhe, johon kuuluu usean sukupolven ja perheen jäseniä kuten isovanhemmat, sedät, tädit ja serkut. Tällaisessa kulttuurissa lähiyhteisö on myös suuressa roolissa. Yleensä miesten ja naisten välinen suhde on konservatiivinen ja heidän elämäntapansa perinteinen. (Wathen 2007, 7–8.)

Lapsen ollessa sairaalahoidossa hänen elämässään tapahtuu paljon uusia, vieraita ja jännittäviä asioita. Lapsi saattaa olla ehkä ensimmäistä kertaa erossa kodistaan ja perheestään. Tämä muutos saattaa aiheuttaa lapsen käyttäytymisessä muutoksia, jotka johtuvat separaatiosta eli eroahdistuksesta. Perheestä eroon joutuminen on suurin stressintekijä alle kouluikäiselle lapselle ja erityisen suuri se on alle 30 kuukauden ikäiselle vauvalle. Sairaalahoido voi aiheuttaa lapsessa itkua, vanhempiin takertumista ja katsekontaktin välttämistä, aggressiivista käytöstä vieraita ihmisiä kohtaan, lapsi voi yrittää paeta sairaalasta tai toisaalta tulla passiiviseksi. (Jokinen, Kuusela & Lautamatti 1999, 10–11.)

Potilaan ohjauksessa on tärkeää, että hoitaja ja potilas ymmärtävät kumpikin toisiaan samalla tavalla ja heillä on yhteinen kieli. Yhteisymmärrykseen päätyminen ei tosin aina ole mahdollista potilaan vieraskielisyyden tai iän vuoksi. Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa sanallinen viestintä on vain pieni osa kokonaisuutta. Sanat eivät merkitse kaikissa kielissä samaa asiaa, eivätkä ne merkitse samaa asiaa edes kaikille samaa kieltä puhuville. Jopa saman kielen ja kulttuurin sisällä on vaihtelevuutta. Nykykäsityksen mukaan yli puolet vuorovaikutuksesta tulee sanattoman viestinnän välityksellä. (Kyngäs ym. 2007, 38–39.)

Potilas odottaa tavallisesti hoitavalta henkilökunnalta tietoa terveysongelmastaan, sen syistä ja vaikutuksista. Potilaan saadessa riittävästi tietoa, hän arvioi, mikä on hänelle hyödyksi. Ohjauksen tulisi perustua potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen potilaan hoidosta. Tämä parantaa potilaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja parantaa hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Internet tuo oman haasteensa potilasohjaukselle. Internetistä voi nykyisin hakea paljon tietoa hoitotyöhön, mutta käytettävän tiedon tulisi olla tutkittua ja laadukasta. Myös potilaat ja lapsipotilaan vanhemmat etsivät usein tietoa terveysongelmiin Internetistä. Hyvää materiaalia hoitotyöhön löytyy Internetistä erilaisten potilasjärjestöjen sivuilta ja sairaanhoitopiirien Internet-sivuilta. Potilasjärjestöjen ja sairaanhoitopiirien sivuilla on myös selkokielistä materiaalia ter-

veyteen ja terveydentilan muutokseen liittyvissä asioissa. (Kyngäs ym. 2007, 61.)

4.3 Ohjaus hoitajan näkökulmasta

Sairaanhoitajan työtä ohjaavat terveydenhuollon lainsäädäntö ja sairaanhoitajan eettiset ohjeet (Sairaanhoitajaliitto i.a.). Ohjauksen eettinen arviointi kuuluu hoitajan ohjausosaamiseen. Eettinen arviointi sisältää arvot, ihanteet ja periaatteet. Maailmanlaajuisesti sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaustilanteissa toimitaan eettisesti ja yhdenmukaisesti. Suomessa sairaanhoitajan eettisiin ohjeisiin (Sairaanhoitajaliitto i.a.) on kirjattu potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 10–11.)

Ohjaustilanteessa potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja taas ohjauksen ammattilainen. Ohjauksessa huomioidaan asiat, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon ja hänen terveyteensä, hyvinvointiinsa ja sairauteensa. Hoitajalla on myös valmius käsitellä ohjaustilanteessa asioita, joita potilas tai lapsipotilaan vanhemmat nostavat esiin. Ohjaus liittyy tavallisesti potilaan terveysongelmaan, elämäntaito-ongelmiin, elämäkulkuun tai elämäntilanteen muutosvaiheisiin. Ohjauksessa on aina lähtötilanne, ja päämäärä johon pyritään. Päämäärän tulee olla aina erilainen kuin lähtötilanteen. Ohjauksen päämäärä on sidoksissa hoitajan ja potilaan taustatekijöihin. Potilaan taustatekijät, perhe ja perheen käsitys ja tulkinta ohjauksesta vaikuttavat potilaan ja perheen tapaan elää ja toteuttaa potilaan hoitoa. (Kyngäs ym. 2007, 26.)

Ohjaustilanteessa hoitajan sanoilla ja eleillä on suuri merkitys. Sanattoman viestinnän keinot kuten vaatetus, eleet, asennot, tilan käyttö, ilmeet, katsekontakti ja kosketus vaikuttavat suuresti siihen miten potilas kokee hoitajansa ja hoitonsa. (Vänskä ym. 2010, 36, 48.) Viestin ymmärtämiseen tai väärinymmärtämiseen puolestaan vaikuttavat asiantuntijan eli viestijän puhetapa, ilmeet, sanat, eleet, liikkeet, asennot ja muu ulkoinen olemus sekä se miten viestin vastaanottajat ymmärtävät ja vastaanottavat kerrotun. Vastaanottajan ymmärtämiseen vaikuttavat hänen ikänsä, kulttuuriperinteensä, tilanteensa, koulutuksensa ja tiedontasonsa. (Hakala 2010, 17.)

5 LAPSEN PERIOPERATIIVINEN HOITO

5.1 Perioperatiivisen hoitotyön kuvaus

Kirurgista hoitotyötä kutsutaan perioperatiiviseksi hoidoksi. Se jakautuu kolmeen osaan: preoperatiiviseen, intraoperatiiviseen ja postoperatiiviseen hoitotyöhön, eli ennen leikkausta, leikkauksen aikana ja sen jälkeen tehtävä hoito. Perioperatiivisen hoitotyön jokainen osio on yhtä tärkeä potilaan hyvinvoinnin kannalta. Siihen sisältyy yksilöllinen potilaan toimenpiteen suunnittelu ja toteutus, jälkihoito, kivuttomuuden takaaminen sekä infektioiden ennaltaehkäisy. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2009, 105–106.)

Preoperatiivinen kattaa kaiken potilaan hoidon leikkauspäätöksestä potilaan leikkaukseen menoon saakka. Siinä hoitoa ja leikkausvalmisteluja voidaan suorittaa potilaan ollessa kotona, poliklinikalla tai osastolla. Intraoperatiivinen hoito sisältää kaiken itse leikkausyksikössä tapahtuvan hoidon. Postoperatiiviseen hoitoon luetaan kuuluvaksi kaikki leikkauksen jälkeinen hoito valvontayksikössä, osastolla, poliklinikalla ja kotona. (Anttila ym. 2009, 106.)

Lastenkirurgiassa lastensairaanhoitajan yksi tärkeimmistä tehtävistä on lapsen ja vanhemman fyysinen ja psykologinen valmistaminen hoitoon ja tulevaan leikkaukseen. Perheet ja lapsipotilaat kärsivät sairaanhoidollisesta jännityksestä ja erilaisista leikkaukseen liittyvistä peloista. Lapsen odottaessa leikkausta hoitajan tehtävä on informoida lasta siitä, minkä vuoksi lapsi on sairaalassa. Lapsen fyysisesti ja psykologisesti onnistunut leikkausvalmistelu vaikuttaa siihen, miten lapsi ja perhe muodostavat käsityksensä sairaalasta ja sairaalahoidosta. Sairaala ja osasto ovat yleensä perheelle vieras paikka. Perhe sekä lapsi tuntevat olonsa haavoittuvaksi ja pelokkaaksi, sillä he eivät pysty hallitsemaan ympäristöään eivätkä uutta tilannetta. (Förnäs, Järvenoja & Karjalainen 2009, 14.)

Leikkaukseen valmistamisen tarkoitus on ehkäistä lapsen negatiivisia kokemuksia opeeraatiosta ja sairaalasta. Valmistelun lähtökohta on vähentää lapsen ahdistusta, stressiä ja

pelkoa. Potilaan huolellisen esivalmistelun on todettu vähentävän leikkauksen jälkeistä kipua. Ennen operaatiota tarkistetaan lapsen soveltuvuus anestesiaan. Silloin tarkastetaan lapsen terveydentila, riskitekijät kuten perinnölliset sairaudet tai mahdollinen alttius sairauksille perheessä, lääkeaineallergiat, aikaisemmat operaatiot sekä mahdollisesti lapselle aiemmin ilmenneet komplikaatiot leikkauksen tai anestesian aikana. Lapsen leikkausvalmistelujen yhteydessä lapselle ei tulisi puhua leikkauksesta, irrottamisesta tai muusta sen tapaisesta. Lastensairaanhoitajan on hyvä huomioida viestinnässään käyttämänsä termit ja huomioida sanavalintansa lapsen ikätason ja ymmärtämisen mukaan. (Förnäs ym. 2009, 20.)

Leikkauksen jälkeinen toipuminen tapahtuu heräämössä. Vanhemmat voivat halutesaan ja mahdollisuuksien mukaan olla heräämössä lapsensa seurana. Vanhemmat sallitaan heräämööseen, mikäli lapsen tila on vakaa ja leikkaus on mennyt suunnitelmien mukaan. Kriittistä hoitoa tarvitsevien lasten vanhemmat eivät voi tulla heräämööseen lapsen akuutin hoidontarpeen vuoksi. Lapsipotilaan kipulääkitys tarkistetaan ennen lapsen siirtoa takaisin vuodeosastolle. Anestesian jälkeen lapsipotilaalla saattaa esiintyä pahoinvointia ja levottomuutta. (Förnäs ym. 2009, 22.)

Lasten anestesiaan ja -kirurgiaan liittyy aina isompia riskejä kuin aikuisten perioperatiiviseen hoitotyöhön. Vanhempia tulee informoida hyvissä ajoin mahdollisista komplikaatioista ja tavallisimmista anestesian riskeistä. Lastensairaanhoidossa lapsipotilas ja lapsen vanhemmat tapaavat hyvissä ajoin leikkaavan kirurgin ja anestesiaalääkärin. Ensikäynnillä on tarkoitus kartoittaa lapsen terveydentilaa ja hänelle soveltuvaa leikkaus- ja nukutusmenetelmää sekä lääkitystä anestesian aikana. Kirurgiaan ja anestesiaan tuovat lisähaasteita mm. lapsen alhainen paino (alle 2000g), sopivien lääkkeiden valinta ja niiden oikea annostelu. Mitä pienempi potilas, sitä vaativampi leikkaus ja nukutus, sillä pienen lapsen keho reagoi aikuista herkemmin pieniinkin muutoksiin ja toimenpiteisiin. (De Francisci ym. 2013.)

Nykyisin lastensairaanhoidossa on alettu suosia päiväkirurgisia toimenpiteitä eli leikkaukseen tuloa suoraan kotoa. Lapsen, vanhempien ja sairaalan kannalta päiväkirurgia on suositeltavin vaihtoehto, sillä se rikkoo kaikista vähiten lapsen normaalia arkea ja aiheuttaa lapselle vähemmän stressiä kuin vuodeosastolla olo. Päiväkirurgia vähentää myös lapsen eroa perheestä ja lisää sairaalan tehokkuutta. Kaikkia toimenpiteitä ei kuitenkaan

voida tehdä päiväkirurgisena niiden vaativuuden takia. (Korhonen, Kaakinen, Miettinen, Ukkola & Heino 2009.)

Pitkä sairaalassaolo ja normaalin elämän katkeaminen aiheuttavat lapselle emotionaalisia seurauksia kuten käyttäytymismuutoksia, unihäiriöitä, eroahdistusta vanhemmista, syömisvaikeuksia tai lääkäripelkoa. Toimenpiteeseen liittyvä ahdistus lisää myös komplikaatioita. Emotionaalisen tuen tarkoituksena on vähentää lapsen ja vanhemman toimenpiteeseen liittyvää ahdistusta. Leikki-ikäisen (2–5v.) lapsen turvallisuudentunne on sidoksissa hänen vanhempiinsa, joten lapsen vanhempien turvallisuudentunteen tukeminen on erityisen tärkeää. Vanhemmille tulee antaa riittävästi tietoa ja rohkaista heitä valmistelevaan lastaan tulevaa toimenpidettä varten. (Korhonen ym. 2009.)

5.2 Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivisen hoitotyön tarkoituksena on valmistaa potilasta, ja hänen läheisiään, tulevaan leikkaukseen. Tässä kohdassa korostuvat potilaan ja hänen läheisten ohjaaminen ja opettaminen. Ohjaus vähentää potilaan ja hänen läheisten mahdollisia pelkoja sekä ahdistusta, joita tuleva leikkaus voi aiheuttaa. Ohjauksen on todettu vähentävän postoperatiivisia komplikaatioita, koska potilaalla on parempi kyky sopeutua leikkaukseen. Tavoitteena preoperatiivisessa hoidossa on ohjata potilasta ottamaan vastuu omasta toipumisestaan sekä antaa tietoa komplikaatioiden ehkäisystä, kuten oikeasta hengitystavasta, yskimisestä ja liikkumisesta apuvälineiden kanssa. Hoitajan tehtävänä preoperatiivisessa hoidossa on kertoa potilaalle tulevasta leikkauksesta, siihen valmistautumisesta esim. ruokailusta, erittämisestä, hygieniasta, liikeharjoittelusta, vuoteesta nousemisesta, kotiutumisesta ja toipilasajasta. (Hammar 2011, 11–15; Anttila ym. 2009, 106.)

Preoperatiiviseen hoitotyöhön sisältyy potilaan leikkauksekelpoisuuden arviointi, jonka tekee anestesiologi. Siinä nukutuslääkäri kartoittaa potilaan yleistilaa, hänen aiempaa terveydentilaansa, hänen aiemmat nukutukset ja niistä toipumisen, yliherkkyydet leikkauksessa käytettäville lääkeaineille, hammasproteesien käytön, raskauden, tupakoinnin ja alkoholinkäytön. Anestesiologi tekee potilaalle myös ASA-luokituksen (TAULUKKO 2) perustuen potilaan fyysiseen kuntoon ennen leikkausta. ASA arvioi ja kertoo

potilaan anestesiariiskin suuruuden. ASA-luokitus on numeroitu 1–5, jossa numero 5 on isoimman riskin potilas. (Anttila ym. 2009, 106–107.)

American Society of Anesthesiologists (2013) on julkaissut kansainväliset ohjeet leikkaukseen tulevan potilaan sairastavuudesta. Heillä ASA-luokitus on jaettu kuuteen ryhmään. Eri tutkimusten mukaan on pystytty osoittamaan ASA-luokituksen ennustavan tai näyttävän suuntaa potilaan jatkoennusteeseen. ASA-luokituksella on mm. pystytty arvioimaan potilaan leikkausvuotoa, ventilaatiotarvetta, laparotomian jälkeistä keuhkokomplikaatiota, tehohoidon kestoa ja kokonaisuudessaan sairaalahoidon kestoa. ASA-luokituksen on myös todettu vaikuttavan potilaan elossa olemiseen kolme vuotta mm. lonkkamurtuman operatiivisen hoidon jälkeen. (Konttinen & Hynynen 2003; Daabiss 2011.)

TAULUKKO 2. ASA-luokitus

ASA 1	Täysin terve potilas, joka on yli 1-vuotias tai alle 65-vuotias.
ASA 2	Potilaalla on hyvässä hoitotasapainossa oleva lievä perussairaus. Hän on yli 1-vuotias mutta alle 65-vuotias.
ASA 3	Potilaalla on vakava perussairaus, joka ei ole hengenvaarallinen.
ASA 4	Potilaalla on henkeä uhkaava vakava perussairaus.
ASA 5	Potilaan ei odoteta elävän 24 tunnin jälkeen ilman leikkausta.
ASA 6	Aivokuollut potilas

(American Society of Anaesthesiologists 2013.)

Preoperatiiviseen hoitoon kuuluu myös hygienian tehostaminen ja infektioriskien ehkäisy jo ennen leikkausta. Potilaalle opetetaan hengityksen tehostusta, sillä syvä hengitys nopeuttaa anestesiasta heräämistä ja lieventää postoperatiivisia kipuja. Potilaalle ohjataan myös miten tehostaa verenkiertoa leikkauksen jälkeen jalkoja liikuttamalla. Lääkäri voi määrätä tarvittaessa potilaalle antiemboliasukat tai hepariinilääkityksen veritulppariskin pienentämiseksi. Potilaan leikkaukseen valmistamiseen kuuluu myös ravinnotta olo ja suolen tyhjentäminen tarvittaessa. Suolen tyhjentäminen vaihtelee leikkauksen laadusta riippuen. Tyhjä vatsalaukku vaaditaan sen vuoksi, ettei potilas aspiroisi voidessaan mahdollisesti pahoin leikkauksesta herätessään. (Mustajoki ym. 2010, 333–334.)

Leikkausta edeltävänä poliklinikkakäynnillä tai leikkausta edeltävänä iltana anestesiologi tapaa potilaan. Hän määrää nukahtamislääkkeet ja aamulääkkeet leikkauspäivän aamulle. Samalla potilas saa mahdollisuuden puhua mahdollisista peloistaan leikkaukseen liittyen. Myös leikkaava kirurgi tapaa potilaan ja kertoo yksityiskohtia leikkauksesta ja jälkihoidosta. Hoitajan tehtävä on haastatella potilas hänen tullessaan osastolle ja hoitaja tekee kaikki tarvittavat merkinnät anestesialemakkeeseen ja potilasasiakirjoihin. Potilaasta mitataan paino, pituus, merkitään ikä, sukupuoli, verenpaine ja pulssi. Potilaasta selvitetään hänen aiemmat leikkaukset, sairaudet, lääkitys, allergiat, ruokavalio, päihteiden käyttö, apuvälineiden käyttö. Leikkausaamuna potilas ohjataan peseytymään ja pukeutumaan leikkaukspaitaan. Hoitaja tarkastaa leikkausalueen ihon ja poistaa tarvittaessa sen kohdan ihokarvat. Potilaalle annetaan esilääkitys 1–2 tuntia ennen leikkaussaliin lähtemistä. Usein esilääkkeenä käytetään Diatsepaamia, joka vähentää leikkaukselkoa. Leikkaussaliin mentäessä potilaalta varmistetaan hänen henkilöllisyytensä ja hänen leikkaustiedot käydään läpi. Leikkausraportissa kerrotaan potilaan diagnoosi, mitä leikataan ja miksi, potilaan muut sairaudet ja niiden lääkehoito, hänen mahdolliset allergiat, tarvittaessa tehdyt verivaraukset, esilääkityksen määrä ja antotapa sekä vaikutus, samoin kerrataan keskeiset tutkimustulokset. Potilas siirtyy itse leikkaukspöydälle, jos pystyy. (Mustajoki ym. 2010, 323–334; Anttila ym. 2009, 111–112.)

5.3 Intraoperatiivinen hoito

Intraoperatiivisella hoidolla tarkoitetaan kaikkia leikkaussalissa potilaalle tehtyjä hoito-toimenpiteitä. Tämä vaihe alkaa kun potilas luovutetaan raportin kera leikkaussalin henkilökunnalle ja päättyy potilaan siirtyessä leikkauksesta valvontayksikköön. Potilaan tullessa leikkaussaliin hänet kytketään tarkkailumonitoriin, josta seurataan potilaan verenpainetta, sykettä, hengityksen taajuutta ja syvyyttä. Häneltä monitoroidaan myös EKG sekä mitataan happisaturaatio. Elimistön hapetusta seurataan myös katsomalla potilaan ihoa ja kynsiä. Kaikille leikkaukspotilaille laitetaan laskimokanyyli. (Anttila ym. 2009, 112–113.)

Leikkausta varten potilas nukutetaan yleisanestesiassa, joka tapahtuu nukutuslääkkeillä ja -kaasuilla. Lääkkeet annetaan laskimokanyylista, nukutuskaasut intubaatioputken

kautta. Yleisanestesiassa annetaan kolmea lääkettä laskimokanyyliin. Ensin anestesialääkäri antaa potilaalle kipulääkkeen, jonka aikana hoitaja hapettaa potilasta ventilaatiomaskilla. Sen jälkeen lääkäri antaa nukutuslääkkeen, joka tehoaa 10–15 sekunnissa ja vaikuttaa noin 10 minuuttia. Nukutusta ylläpidetään siitä eteenpäin hengityskaa-suilla. Viimeiseksi lääkäri antaa potilaalle lihasrelaksantin, joka rentouttaa kaikki potilaan lihakset. Kun potilaan hengityslihasten toiminta laantuu, häntä hapetetaan ventilaatiomaskilla ja nieluun voidaan laittaa nieluputki pitämään hengitysteitä auki. Lihasrelaksaatiota seurataan pikkusormeen laitetuilla elektrodeilla joihin johdetaan pieni sähköstimulaatio. Jos potilaan sormi liikahtaa, lihasrelaksanttia lisätään kunnes lihasrelaksatio on täydellinen. Potilaan ollessa täysin relaksoitunut, lääkäri asettaa hänelle suun kautta laitettavan hengitysteihin yltävän intubaatio- eli hengityspotken. Potilas kytke-tään intubaatioputkesta anestesiakoneeseen, joka annostelee potilaalle tarvittavan määrän anestesiakaasuja sekä happea. Viimeiseksi potilas saa uuden kipulääkeannoksen, jotta potilas on varmasti kivuton koko leikkauksen ajan. (Anttila ym. 2009, 113.)

Leikkauksen loputtua relaksaatiolääkkeen vaikutus kumotaan sille tarkoitetulla vasta-aineella. Muiden anestesialääkkeiden pitoisuudet mitataan niin, että niiden vaikutus loppuu yhtä aikaa. Potilaan alkaessa hengittää itse hän saa hengittää hetken intubaatioputken kautta jotta nähdään että hengitys vakiintuu. Sen jälkeen intubaatioputki otetaan pois. (Anttila ym. 2009, 113–114.)

5.4 Postoperatiivinen hoitotyö ja kivunhoito

Postoperatiivisen hoitotyön tarkoituksena on tukea potilaan kuntoutumista. Postoperatiivisessa hoidossa tarkkaillaan potilaan peruselintoimintoja, erityistä huomiota kiinnitetään potilaan hengitykseen ja kivunhoitoon. Elintoimintojen tarkkailussa käytetään EKG-monitoria. Tarkkailuun kuuluu myös potilaan infuusionesteistä huolehtiminen. Jälkihoitoa varten potilaan luo varataan vettä suun kostuttamiseen, kaarimalja pahoinvoinnin varalle sekä muita tarvittavia välineitä. (Anttila ym. 2009, 116.)

Leikkauksen jälkeen potilas siirretään omaan vuoteeseensa ja hänet viedään valvontayksikköön. Tavallisesti potilas on valvonnassa 2–3 tuntia, tarpeen mukaan kauemminkin. Potilaan peruselintoimintojen vakiinnuttua hänet siirretään takaisin vuodeosastolle.

Leikkauksen jälkeinen vuorokausi on kriittisintä aikaa ja joissain tapauksissa potilas menee valvontayksiköstä teho-osastolle. Leikkauspotilas on leikkauksen jälkeen herkkä komplikaatioille ja se aiheuttaa usein ongelmia muillakin peruselintoimintojen alueilla. Postoperatiivisia komplikaatioita voivat olla sokki, kipu, vuoto, virtsaumpi, sekavuus, nesteytyshäiriö, suolilama, haavatulehdus, sydän-/keuhkokomplikaatio, alaraajatrombi tai mahan täyttyneisyys. (Mustajoki ym. 2010, 334–336; Anttila ym. 2009, 116.)

Leikkaus aiheuttaa aina kipeän haavan. Kipua pyritään kuitenkin hoitamaan tehokkaasti, joka auttaa potilasta lepäämään ja toipumaan paremmin. Kivuttoman potilaan verenpaine ja syke ovat alhaisemmat kuin kivuliaan potilaan, samoin kivuttomuus edistää hyvää hengityskapasiteettia. Valvontayksikössä kivunlievennystä tehdään suonensisäisesti ja vuodeosastolla lihakseen pistämällä. On yleistä, että suuren leikkauksen yhteydessä potilaalle asetetaan kestoepiduraalikatetri. Sen avulla potilaalle annetaan kivunlievitystä leikkauspäivänä ja ensimmäisenä yönä puudutteen ja kipulääkkeen yhdistelmänä. Jos kipu jatkuu erittäin voimakkaana, voidaan kestoepiduraalin käyttöä jatkaa pidempäänkin. (Anttila ym. 2009, 117.)

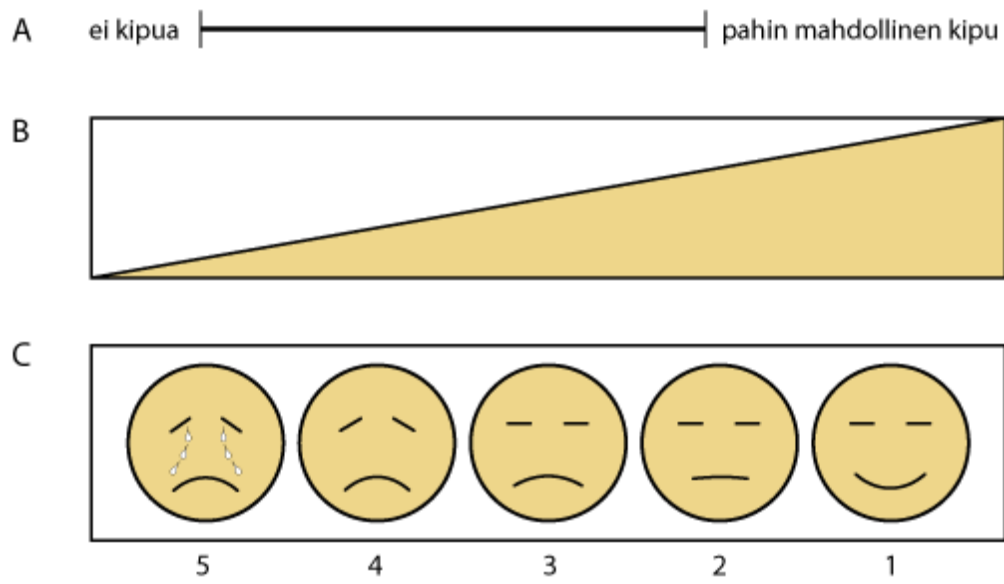
Toinen yleinen kivunlievitysmenetelmä on PCA (patient control analgesia) eli kipupumppu. Siinä potilas säätelee itse milloin tarvitsee kipulääkettä. Laitteeseen säädetään lääkkeen aika- ja määräraajat, joiden sisällä potilas voi itse nappia painamalla saada kivunlievitystä. Kipupumppu yhdistetään usein potilaan laskimokanyyliin leikkauksen jälkeen ja se on käytössä 1–2 postoperatiivista päivää. Potilaan kotiutuksen yksi kriteeri on, että hänelle riittää tablettimuotoinen kipulääkitys, johon potilas saa kotiin mukaan reseptin. Potilaan kivuttomuus on tärkeää, sillä kivut aiheuttavat pahoinvointia ja se nostaa aspiraatoriskiä eli oksennuksen joutumista hengitysteihin. Tarvittaessa potilas saa pahoinvointilääkkeitä kipulääkkeen lisäksi. Aspiraatoriskiä ehkäistään potilaan ollessa ravinnotta vähintään 6 tuntia ennen leikkausta. (Anttila ym. 2009, 117.)

Lastensairaanhoidossa kipu on usein alihoidettua. Kipu sisältyy lasten- ja nuorten kirurgiaan. Riittävä kivunhoito on perusihmisoikeus. Kivunhoito vaikuttaa lapsen ja nuoren toipumiseen. Kivunhoito vähentää sairastavuutta, kuolleisuutta, pelkoa, ahdistusta, potilaan perheen ja henkilökunnan ahdistusta sekä kärsimystä. Kivunhoito alentaa myös terveydenhuollon kustannuksia. (Dowden, McCarthy & Chalkiadis 2008, 321–326.)

Lastensairaanhoidossa kirurgisessa hoitotyössä tavallisimmin käytettyjä lääkkeellisiä kivunhoitomuotoja ovat opioidit, steroideihin kuulumattomat tulehduskipulääkkeet, parasetamoli-opiaatti-yhdistelmät, leikkauksen jälkeinen epiduraali-infuusio sekä epilepsialääkkeet ja trisykliset masennuslääkkeet neuropaattista kipua varten. Muut kivunhoitomuodot ovat haavan puudutekatetri sekä jatkuva ääreishermostonpuudutus. (Anghelescu, Oakes & Hankins 2011, 82–94.)

Kanadassa British Columbian osavaltiossa Vancouverin kaupungissa olevassa Lastensairaala British Columbia Children's Hospitalissa ja University of British Columbiassa tehtiin tutkimus, jossa arvioitiin nykyistä kivunhoitoa sairaalassa ja kotona leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen lapset olivat alle 18-vuotiaita ja he olivat olleet päiväkirurgisessa leikkauksessa. Tutkimuksessa kerättiin perustiedot lapsesta, tehdystä toimenpiteestä, anestesiasta sekä lääkityksestä anestesian ja toimenpiteen aikana. Tutkimukseen osallistui eri anestesiayksiköitä, leikkauksen jälkeisiä yksiköitä ja päiväkirurginen yksikkö. Kiputuntemukset ja tulokset kivusta leikkauksen jälkeen olivat paljon suuremmat potilailla, jotka olivat kotona leikkauksen jälkeen kuin vastaavassa tilanteessa sairaalassa olevilla lapsipotilailla. (Shum ym. 2012, 328–334.)

Yleisimmin käytetty kipumittari on VAS-mittari (eng. *Visual analogue scale*). VAS-mittari (KUVIO 1) on tavallisesti jana, jossa kipua mitataan asteikolla. Asteikolla on eri vaihtoehtoja alkaen ”ei kipua” ja päättyen ”pahin mahdollinen kipu”. Lasten kohdalla käytetään usein naamamittaria, jossa on eri ilmeitä alkaen hymynaamasta ja päättyen surulliseen naamaan. Naamat kuvaavat lapselle kivun voimakkuutta. Iloinen naama tarkoittaa, että kipua ei ole lainkaan ja surullinen puolestaan tarkoittaa että kipu on kova. Kuvallisten asteikkojen lisäksi kivun mittaamisessa voidaan käyttää myös sanallista asteikkoa (TAULUKKO 3). Kivunhoidolla ja kivun mittaamisella saadaan tietoa lääkähoidosta ja sen tehosta. Kivun mittaamisella voidaan tehostaa kivunhoitoa ja vaikuttaa sitä kautta potilaan vointiin. Kivun mittaamisen yhteydessä tulisi myös kartoittaa potilaan lääkitys ja arvioida lääkityksen muutoksen tarve. (Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2012, 764.)



KUVIO 1. VAS-jana, kipukiila ja naamamittari kivun luokitteluun (Vainio 2009.)

TAULUKKO 3. Sanallinen kipuasteikko

0	Ei kipua
1	Lievä kipu
2	Kohtalainen kipu
3	Voimakas kipu
4	Sietämätön kipu

(Vainio 2009.)

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

6.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Käytimme opinnäytetyössämme toiminnallista menetelmää. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen menetelmä tarkoittaa jonkin produktin tuottamista, eli ammatillisen käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista tai sen järjestämistä. Se voi olla esimerkiksi käytännön opas, jonkin tapahtuman toteuttaminen tai kotisivujen luominen. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 9.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tekemiseen tarvitaan yhteistyökumppani tai toimeksiantaja työelämästä. Työelämän taho voi tuoda produktin tekijälle esille työelämän tarpeita, ja näin valmis produktiivinen opinnäytetyö on suoraan hyödyksi työelämälle. Opinnäytetyön tekijä voi myös ehdottaa omaa ideaansa työelämän taholle. Tarkoituksena on kuitenkin luoda jotakin uutta valitulle ammattialalle. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoitteena on yhdistää käytännön toteutus ja sen raportointi tutkimusviestinnän keinoin. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu valitun aiheen teorialiedosta, tehdystä produktista, sen raportoinnista ja valmiin työn julkaisusta. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 10, 16, 19, 27.)

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä on hyvä lähteä liikkeelle siitä, millaisen käytännön ongelman halutaan produktin avulla ratkeavan, ketkä ovat produktin kohderyhmä, onko produkti todella tarpeellinen työelämälle ja mitä tietoa aiheesta on jo olemassa. Aiheen hyvä rajausta on myös tärkeää, sillä työ voi helposti laajeta suunniteltua suuremmaksi. Tämän jälkeen on laadittava aikataulu työn toteutukselle sekä mietittävä, mistä hankkia produktin sisällön tuottamiseen tarvittava tieto ja materiaali. Toiminnalliseen opinnäytetyöhön ei sisälly tutkimuskysymysten eikä tutkimusongelman tekeminen, ellei tarkoituksena ole tehdä myös selvitystä. (Airaksinen & Vilkkä 2003, 18, 27, 30.)

6.2 Kirjallinen potilasohje

Toteutimme toiminnallisen opinnäytetyömme kahden kirjallisen ohjeen muodossa. Kirjallisen potilasohjeen tarkoitus on täydentää ja tukea ohjaustilanteessa tapahtuvaa suullista viestintää. Kirjalliset potilasohjeet ovat hoitohenkilökunnan potilaille antamia ohjeita, joissa voi olla tietoa sairauksista, tutkimuksista, sairauksien hoidosta, jälkihoidosta sekä sairaudesta toipumisesta. Kun potilasohjaus tilanteessa käytetään sekä suullista että kirjallista ohjeistusta, ohjauksen sisältö muistetaan paremmin kuin ilman kirjallista ohjetta. Kirjallista ohjetta on helpompi soveltaa omaan elämään, kun ohjeen saanut potilas voi palata ohjeistukseen myöhemmin rauhassa. Hoitajan tulee muistaa, että nuoret saattavat kokea kotiutusvaiheessa itsensä holhotuiksi, mikäli ohjeet annetaan vain vanhemmille. Pienempien lapsien kohdalla potilasohjeiden esittäminen huoltajille taas on välttämätöntä. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 26–31, 32; Eloranta & Virkki 2011, 73–74.)

Kirjallisen ohjeen sisällön, tekstiasun ja ulkoasun tulee olla tiettyjen vaatimusten mukaisia. Kirjallinen potilasohje on kirjoitettu potilaalle, joten siinä tulee käyttää selkeää yleiskieltä. Ammattisanastoa on hyvä välttää. Ohjeiden tulee auttaa vastaamaan potilaan kysymyksiin ja antaa potilaalle neuvoja. Ohjeen asenteen tulee olla asiallinen, kunnioittava ja tukea asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Ohjeen tulee pohjautua ajantasaiseen ja virheettömään tietoon. Sen vuoksi ohjeita tulee muistaa päivittää tarpeeksi usein. Ohjeen esitystavan tulee olla tarpeeksi selkeä ja yksinkertainen. Looginen asioiden esittämisjärjestys tuo ohjeeseen selkeyttä. Otsikot ja kappalejako keventävät varsinkin pidempää kirjallista ohjetta. Tärkeimpien asioiden lihavointi tai kirjoittaminen suuraakosilla tekee lukemisesta potilaalle helpompaa. Kuviakin voi perustellusti käyttää selkeyttämään tekstiä. Kuvat voivat esittää esimerkiksi anatomiaa tai toimenpiteen vaiheita. Tekstin tulee olla virheetöntä, sillä kirjoitusvirheet hankaloittavat ohjeen sujuvaa lukemista ja ymmärtämistä. Potilasohjeessa olevien ohjeiden tulee olla perusteltuja, jotta potilas voi motivoitua toimimaan niiden mukaan. Ohjeesta ei kannata tehdä turhan pitkää, sillä lyhyt ja ytimekäs ohjeistus jää helpommin mieleen. Potilasohjeessa tulisi kirjoittaa aina tärkein ensin, jotta myös potilaat, jotka lukevat ainoastaan osan ohjeesta, saisivat tarvittavan informaation. (Torkkola ym. 2002, 22–26, 34; Eloranta & Virkki 2011, 74–77.)

6.3 Produktion toteutus

Me molemmat sairaanhoidonopiskelijat olemme kiinnostuneet lastensairaanhoidosta, ja teimme viimeisen syventävän harjoittelumme lasten osastolla. Halusimme sen vuoksi tehdä myös opinnäytetyömme lapsiin liittyen. Opinnäytetyöprosessimme alkoi syyskuussa 2012, jolloin otimme yhteyttä Lastenklinikan hoitotyön kliniseen opettajaan. K5 osasto valikoitui tammikuussa 2013 yhteistyökumppaniksemme. Ennen osastolla vierailua olimme miettineet alustavasti opinnäytetyömme mahdollista aihetta. Kävimme ensimmäisen kerran osastolla tammikuun loppupuolella, jolloin keskustelimme osaston hoitajan kanssa osaston tarpeista ja toiveista. He kertoivat tarvitsevansa kotiutusvaiheeseen perheelle suunnatun ohjeen leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Sovimme silloin, että teemme urologiselle potilaalle suunnatun kotihoito-ohjelehtisen, sillä osastolla on paljon urologisia potilaita ja heillä ei ole yhtenäistä kotiutumisohjetta osastolla. Ensimmäisen osaston tapaamisen jälkeen aloimme työstää opinnäytetyön kirjallista osuutta ja keskityimme sen tekemisessä paljolti urologiaan.

Seuraavan kerran kävimme osastolla toukokuussa, jolloin saimme osastolta yhteistyösairaanhoitajan, johon olimme tämän jälkeen yhteydessä sähköpostitse. Tapaamisessa haastattelimme myös osaston muuta hoitohenkilökuntaa. Aiemmassa tapaamisessa saamamme aihe vaihtui, kun juttelimme yhteistyösairaanhoitajan kanssa. Hän kertoi, että eniten he tarvitsevat jotain, joka auttaisi vanhempia saamaan tarvitsemansa tiedon jo osastolla ollessaan, sillä he usein soittavat osastolle ja kysyvät unohtamia asioita tai pyytävät lääkärinlausuntoja jälkikäteen. Hän myös mietti, että osastolla on paljon muitakin kuin urologisia potilaita, ja aiemmin saamamme aihe ei palvele koko osastoa. Niin siis opinnäytetyömme aihe laajeni kattamaan koko osaston potilaat, ja se muuttui potilaslehtisestä kahdeksi kirjalliseksi ohjeeksi. Osastolta saatujen ideoiden ja palautteen avulla teimme kesän aikana suurimman osan työstämme. Laajensimme teoriaosuutta kertomaan muistakin osastolla esiintyvistä sairauksista ja tarkensimme aihealuetta. Elokuussa lähetimme raakaversiot kirjallisista ohjeista osastolle hoitajien arvioitavaksi ja he antoivat meille niistä palautetta syyskuussa. Korjasimme tuotteja heidän palautteensa mukaisiksi ja lähetimme valmiit versiot osastolle marraskuussa.

6.4 Kirjallinen ohje 1

Tässä kappaleessa avaamme teoriaa, josta olemme keränneet opinnäytetyömme kirjallisen ohjeen 1 (LIITE 1) aihealueet. Kirjallinen ohje 1 on suunniteltu melko avoimeksi hoitajien omasta toiveesta. Näin he voivat täyttää ja muokata ohjetta jokaisen lapsen mukaan yksilöllisesti. Kirjallinen ohje 1 auttaa hoitajaa, jotta lapsen kotiutuessa hän muistaa kertoa perheelle kaiken oleellisen lapsen koti- ja jatkohoitoon liittyen. Hoitaja antaa täytetyn ohjeen perheelle lapsen kotiutumisvaiheessa. Kirjallisen ohjeen 1 aihealueet ovat yleisiä kotiutukseen liittyviä teemoja.

Lapsipotilaan jatkohoito-ohjeiden tarkoitus on helpottaa lapsen ja tämän perheen paluuta arkielämään ja siirtää hoitovastuu sairaalan henkilökunnalta lapsen vanhemmille. Kirurgisen lapsipotilaan kohdalla kotiutusvaiheessa käydään läpi kotona selviytymistä tukevat asiat. Lapsipotilaan kohdalla kotiutuksessa käsiteltäviä aiheita ovat paluu koulunkäyntiin tai päivähoitoon, syöminen, liikkuminen, hygienia, peseytyminen ja saunominen, haavanhoito, kipulääkitys sekä jatkohoito. Lapsen ja perheen valmisteleminen kotiinpaluuseen aloitetaan hyvissä ajoin ennen kotiutusta. Perhe on kokonaisuus, joka tarkoittaa sitä, että lapsen tai nuoren vanhemmat ja sisarukset tulee ottaa huomioon lapsipotilaan hoidossa. Lapselle ja perheelle tulisi kertoa hyvissä ajoin kotiutuksesta ja valmentaa heitä siihen. (Kokko, Kokkonen, Mehaari & Mäntylä 2012, 2–5.)

Kotihoito-ohjeet annetaan perheelle sekä suullisesti että kirjallisesti. Kotihoito-ohjeissa tulisi mainita myös mahdolliset seuranta-käynnit poliklinikalla, terveyskeskuksessa tai neuvolassa. Vanhemmille kerrotaan myös se, mihin heidän tulisi ottaa yhteyttä, jos kotona ilmenee ongelmia hoidon suhteen. (Vilén ym. 2006, 352.) Leikkauksesta toipuminen vie oman aikansa, riippuen leikkauksen suuruudesta ja lapsen voinnista. Yleisesti voidaan sanoa, että kun lapsi kykenee jälleen liikkumaan normaaliin tapaan ilman kipua eikä leikkaushaava eritä runsaasti, lapsi voi palata kouluun tai päiväkotiin. (Osaston K5 hoitajat, haastattelu 5.6.2013.)

Leikkauksen jälkeen lapsen ruuansulatuselimistö on vielä lepotilassa, sillä lapsi ei ole syönyt pitkiin aikoihin. Sen vuoksi ruuansulatusta herätellään ensin suun kautta

nautittavilla nesteillä, kunhan lapsi on kunnolla herännyt nukutuksesta eikä lapselle teh-

ty leikkaus estä ruokailun aloittamista. Vatsaan ja suolistoon kohdistuneiden leikkausten jälkeen ravintoa annetaan ensin suonensisäisesti, kunnes vatsalaukku ja suolisto ovat valmiita vastaanottamaan ravintoa. Normaaliin ruokaan siirrytään pikkuhiljaa lasta ja hänen kehoaan kuunnellen. Kun lapsi siirtyy osastolta kotiin, hän syö jo normaalia tai sosemaista ruokaa. (Ortega Pérez, Valldepérez Serra, Briansó Florencio, Simón Pérez & Magraner Rullán 2006, 494.)

Lapsen joutuessa sairaalaan ja leikkaukseen lapsen normaali aktiviteetti vähenee. Toiminnallisuutta on hyvä pitää yllä liikeharjoituksilla lapsen voinnin ja toipumisen mukaan, sillä liikkuminen edesauttaa lapsen paranemista. Hoitohenkilökunta ja osaston toimintaterapeutti voivat antaa perheelle neuvoja miten lapsi voi liikkua ja siirtyä kotona, ja miten vanhemmat voivat edesauttaa lapsensa kuntoutumista. Lapsen tulee myös antaa leikkiä, sillä leikkikin edesauttaa lapsen toipumista ja kuntoutumista. (Iivanainen & Syväoja 2010, 16–17.)

Kun lapsi on kotiutumassa sairaalasta leikkauksen jälkeen, hänen tulee olla niin hyvässä kunnossa että hän selviää kotona. Tällöin voi olla, että lapsen tulee olla vielä vuodelevossa tai välttää liikkumasta paljoa. Kun leikkaushaava ei enää eritä, ja se on parane-massa eikä liikkuminen satu lapseen, hän voi alkaa liikkua pikkuhiljaa normaaliin taapaansa. Kovaa liikuntaa ja riehumista on hyvä välttää, kunnes leikkaushaava on parantunut kunnolla. Lapsen kotiutuessa sairaalasta leikkauksen jälkeen, lapsi voi käydä suihkussa. Haavaan ei ole hyvä laittaa saippuaa, sillä se kuivattaa ihoa. Pelkkä vedellä huuhteleminen riittää. Saunominen, kylpeminen ja uinti ovat suositeltavia vasta vuorokausi haavaompeleiden poiston tai niiden pois sulamisen jälkeen. (Iivanainen & Syväoja 2010, 515.)

Kirurgisen toimenpiteen jälkihoitoon kuuluu aina kivunhoito. Lasten kivunhoito on usein haasteellista, sillä vanhemmilla saattaa olla vaikeuksia osata tulkita lapsen kipua tai heillä voi olla riittämättömät tiedot kipulääkkeiden käytön turvallisuudesta. Osalle perheistä kipulääkkeet saattavat myös tuntua liian kalliilta, mikä voi olla yksi syy kipulääkkeiden vähäiseen käyttöön. Lapsen kipukokemus perustuu fysiologisiin, psykologisiin sekä kokemuksellisiin tekijöihin. Lapsen kipukokemukseen vaikuttavat lapsen kehitys- ja ikätaso. Onnistunut kivunhoito vaatii näiden asioiden tuntemusta. (Ivanoff, Risku, Kitinoja, Vuori & Palo 2007, 191, 195–196.)

Pienten lasten kohdalla kivunhoidon haasteellisuus ilmenee siten, että lapsi ei vielä kykene kommunikoimaan puheella tai muuten kuvailemaan kipua. Kivun syy tulisi selvittää lapselle aina hänen ikä- ja kehitystasonsa mukaan. Ikä- ja kehitystason huomiointi vähentää lapsen pelkoa ja kivun tuntemusta. Hoitohenkilökunnan tulee myös huomioida vanhemmat, sillä vanhempien ilmaisema pelko ja huoli voivat heijastua lapseen, mikä saattaa lisätä lapsen kipua. (Kokko ym. 2012, 3–5.)

Leikkauksen jälkeen postoperatiivinen kivunhoito perustuu ennakoivaan ja säännölliseen kipulääkitykseen. Kivunhoidon tavoite on poistaa kipu kokonaan ja lievittää lapsen kärsimystä. Kivunhoito on aina yksilöllistä, sillä jokaisen kipukokemus on erilainen. WHO:n suositusten mukaan lasten kivunhoito tulisi aloittaa miedoimmasta kipulääkkeestä ja tarvittaessa voidaan käyttää vahvempaa lääkitystä. Vanhemmat ohjataan lääkitsemään lapsen kipua oikein jo sairaalassa ennen kotiutusta. (Penttimäki & Virtanen 2009, 16–17.)

6.5 Kirjallinen ohje 2

Toinen tekemämme kirjallinen ohje (LIITE 2) on tarkoitettu annettavaksi osaston lapsipotilaan vanhemmille heidän osastolla olonsa aikana. Kirjallisen ohjeen 2 tarkoitus on toimia ikään kuin muistilistana vanhemmille, jotta he sen avulla muistavat kysyä ja pyytää kaikki tarvitsemansa asiat ennen heidän lapsensa kotiutumista. Kirjallinen ohje 2 palautetaan täytettynä osaston henkilökunnalle. Kirjallinen ohje 2 koostuu yleisimmin osaston perheiden tarvitsemista lääkärinlausunnoista, siihen perhe voi kirjoittaa tarvitsemansa reseptit sekä muun sosiaalisen avun tarpeensa.

Lääkärin näkemystä tarvitaan sairauden, vian tai vamman todentamiseen ja niihin liittyvien vapautuksien tai etuuksien hakemiseen. Lääkäri on puolueeton asiantuntija ja lainsäädännössä hänelle on annettu oikeus toimia todistajana potilaan terveydentilassa. Lääkärinlausunto on lääkärin laatima todistus potilaan terveydestä ja toimintakyvystä. (Lääkäriliitto i.a.) Lausunnossa tulee ilmoittaa asiat, joilla on merkitystä korvausoikeuden saamisessa. Lausunnon laatii potilasta hoitava lääkäri ja se perustuu erikoissairaanhoidon yksikön tai erikoislääkärin tutkimuksiin. (KELA i.a.a.)

A-todistus on todistus sairaudesta, viasta tai vammasta, jolla on lyhytaikainen vaikutus toiminta- tai työkyvyttömyydelle. Todistukseen riittää diagnoosi, d, ammatti. Usein myös halutaan selite sille mitkä seikat vaikuttavat toimintakyvyttömyyteen. B-lausunto on yksilökohtainen selitys sairaudesta, tutkimuksista ja ennusteesta sekä kuntoutustarpeesta ja lääkehoidosta. B-lausuntoa tarvitaan lääkkeiden erityiskorvausta, kuntoutusta, tai pitkäaikaista sairauspäivärahaa varten. C-lausunto kertoo sairauden vaikutuksista selviytymiseen ja avuntarpeeseen tai lapsen sairauden aiheuttamista erityisongelmista. C-lausunto tarvitaan esimerkiksi vammaistukihakemuksia varten. (Kela i.a.b.) D-todistus on erityishoitoraha, jota maksetaan alle 16-vuotiaan lapsen vanhemmille, silloin kun vanhempi on estynyt työltään hoitaessaan lasta kotona. Ehtona on, että vanhempi ei saa lasta kotona hoitaessaan palkkaa työstään. (KELA i.a.c.)

Sosiaalinen tuki voidaan jakaa viiteen osaan, joita ovat aineellinen, toiminnallinen, tiedollinen, emotionaalinen ja henkinen tuki. Aineellinen tuki voi tarkoittaa esim. taloudellista tukea kuten lääkettä tai apuvälinettä. Toiminnallinen tuki voi merkitä esim. erilaisten palvelujen tekemistä, kuljettamista tai kuntouttamista. Tiedollinen tuki tarkoittaa informaatiota. Emotionaalinen tuki tarkoittaa rakkautta, empatiaa ja toisen kannustamista. Henkisellä tuella voi ymmärtää yhteiset ajatukset, uskonnot ja filosofia. Sosiaaliseen tukeen liittyy myös sosiaaliturva, joka on yhteiskunnan tukemaa välttämättömien perustarpeiden turvaamista. (Parkkali 2007, 29.)

Lapsen sairastuessa perheen arki muuttuu. Muutoksen kohteina ovat perheen arjen uudelleen organisointi, työelämän ja lapsen hoitamisen yhteensovittaminen, vanhempien kotitöiden ja sairaan lapsen hoidon jakaminen, sairauden seuraukset harrastuksiin ja sosiaalisiin suhteisiin sekä muutokset vanhemmuudessa. (Parkkali 2007, 29.) Lapsen sairastuminen vaikuttaa myös siihen, että lapsen hoitotarpeet korostuvat entisestään ja usein perhe suhtautuu lapseen hellemmin. Lapselle sairastuminen merkitsee sitä, että lapsella on erilaisia vaivoja ja hänen elämänrytinsä muuttuu. Lapsi joutuu myös kokemaan sairauden tuoman kivun ja vaivan sekä alistumaan erilaisille tutkimuksille ja hoidolle. Lapsen aikaisemmat kokemukset sairastumisista vaikuttavat hänen kokonaiskuvaansa sairaalasta. (Hanhisalo 2002, 16–17.)

7 POHDINTA

Opinnäytetyö oli mukava tehdä parityönä, sillä tunsimme toisemme hyvin jo ensimmäiseltä lukuvuodelta. Kiinnostus lapsiin yhdisti ajatuksiamme opinnäytetyön aiheesta, ja koska molemmat olemme mielellämme etsineet tietoa lastensairaanhoidosta, työ eteni sujuvasti. Opinnäytetyön osa-alueiden jako sujui tasaisesti ja saimme työn tehtyä sovitussa aikataulussa. Olimme päättäneet, että opinnäytetyömme valmistuu vuoden 2013 alkutalvesta, sillä molemmat halusimme valmistua saman vuoden loppuun mennessä. Alun perin ajattelimme, että olemme saaneet teoriatiedon kokoon jo syksyyn mennessä, mutta meidän täytyikin työstää työtämme pikavauhdilla vielä sen jälkeen. Loppukiristä huolimatta olemme tyytyväisiä, että saimme opinnäytetyömme valmiiksi marraskuuhun 2013 mennessä, kuten olimme suunnitelleet.

Lastenklinitikka yhteistyökumppanina oli juuri meille mieluisa, sillä halusimme suuntautua työssämme lastensairaanhoitoon. Meitä molempia kiinnostaa myös kirurgia, joten lastenkirurgian ja urologian osasto K5 soveltui yhteistyökumppaniksemme mainiosti. Yhteistyö osaston kanssa meni suunnitellusti, saimme heiltä tarpeellisen idean joka toteuttaa, ja josta on konkreettista apua työelämään. Mukavinta opinnäytetyön tekemisessä on ollut se, että osasto toi esiin heidän selkeän tarpeensa tuotteillemme. Oli antoisaa saada tehdä produkti, jonka tietää olevan hyödyllinen toisille. Osasto antoi meille melko vapaat kädet produktien tekemiseen. Se on sekä helpottanut työskentelyämme, sillä saimme käyttää luovuutta, että tuonut siihen uusia haasteita, sillä emme saaneet selkeitä ohjeita työn toteuttamiseen. Oli mukava saada käyttää omaa luovuutta ja haastaa itseään produktien teossa. Mielestämme oli todella hienoa, että osastolta saamamme yhteistyösairaanhoitaja oli mielellään mukana auttamassa opinnäytetyömme toteuttamisessa. Hän toimi äänitorvena osaston ja meidän välillä, ja se auttoi paljon produktiemme työstämisessä.

Opinnäytetyömme aihe muokkaantui opinnäytetyöprosessin aikana melko paljon. Kun saimme alkuperäisen aiheemme, olimme ajatuksissamme keskittyneet sen toteuttamiseen. Aiheen muututtua kesän kynnyksellä, meillä kesti hiukan ennen kuin kykenimme suuntautumaan uudenlaiseen produktiin. Näin jälkikäteen se on hiukan harmittanutkin, koska olemme miettineet onko se vaikuttanut lopullisen opinnäytetyömme eheyteen.

Toisaalta meille on ollut opettavaista saada kokea odottamattomia muutoksia opinnäytetyöprosessin aikana, sillä harvoin asiat kulkevat suunnitelmien mukaan. Valmistamamme produktit, kirjallinen ohje 1 ja 2, löysivät hiomisen jälkeen lopullisen muotonsa. Alkuperäisestä ideasta jäljelle jäi tehdä kotiutumisvaiheen kotihoito-ohje. Uuden aiheen ohje on nyt suunnattu koko osaston potilaille ja heidän perheilleen. Olemme tyytyväisiä valmistamiimme ohjeisiin. Kirjallinen ohje 1 on hyvin muokattavissa oleva, kuten osasto toivoi. Kirjallinen ohje 2 on selkeä lista osastolla useimmiten perheitä koskevista lausunnoista ja muista tuista.

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä ja opettavainen. Olemme saaneet paneutua syvästi työmme eri aihealueisiin ja olemme oppineet paljon. Nyt taaksepäin katsoessamme, huomaamme että olemme saaneet kasvaa myös ammatillisesti menneen vuoden aikana. Opinnäytetyö ajoittui juuri hyvin viimeiselle opiskeluvuodelle, jolloin opiskelija pohtii omaa rooliaan tulevana ammattilaisena ja oma ammatti-identiteetti alkaa muodostua kunnolla. Näin me ainakin voimme sanoa omalta kohdaltamme. Viimeinen opiskeluvuosi on kypsyttänyt ajatuksia, ja meistä tuntuu että olemme valmiita astumaan työelämään kun valmistuminen pian koittaa. Opinnäytetyö on omalta osaltaan laittanut meidät pohtimaan omaa osaamistamme ja kykyjämme. Olemme saaneet huomata, kuinka paljon olemme oppineet sairaanhoitajakoulutuksessa, ja että osaamme laittaa tietojamme myös käytäntöön. Opinnäytetyöprosessi vaatii kestävyyttä ja kärsivällisyyttä. Sitä ei voi tehdä hetkessä, vaan siihen täytyy paneutua. Emme ole aiemmin tehneet näin suurta kirjallista työtä. Työn myötä suunnitelmallisuus ja itsekuri ovat saaneet kehittyä meissä molemmissa, ja näitä piirteitä tarvitaan myös sairaanhoitajan ammatissa.

Lähetimme tekemämme produktiot yhteistyöosastolle koekäyttöön, mutta emme ehtineet saada palautetta produktien toimimisesta käytännössä opinnäytetyön valmistumisen mennessä. Opinnäytetyön jatkotutkimuksen aiheena voisi olla, parantuuko hoidon laatu kotiutuksessa kirjallisten ohjeiden avulla. Myös sitä voitaisiin tutkia, kokevatko perheet ja hoitohenkilökunta kirjallisen ohjeen 1 ja 2 tarpeelliseksi ja käytännölliseksi.

LÄHTEET

- Airaksinen, Tiina & Vilkkä, Hanna 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- American Society of Anaesthesiologists 2013. ASA Physical Status Classification System. <https://www.asahq.org/For-Members/Clinical-Information/ASA-Physical-Status-Classification-System.aspx> . Viitattu 9.11.2013.
- Anghelescu, Doralina; Oakes, Linda & Hankins, Gisele 2011. Treatment of Pain in Children after Limb-Sparing Surgery: an Institution's 26-year Experience. *Pain Management Nursing*. June; 12(4) 82–94. Viitattu 8.11.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3104211/>
- Anttila, Kyllikki; Hirvelä, Mervi; Jaatinen, Tiina; Polviander, Marjut & Puska, Eeva-Liisa 2009. Sairaanhoito ja huolenpito. Perioperatiivinen hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Daabiss, Mohamed 2001. American Society of Anaesthesiologists physical status classification. *Indian journal of Anaesthesia* Mar-Apr 55(2) 111–115. Viitattu 9.11.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3106380/>
- De Francisci, Giovanni; Papasidero, Angela Elisa; Spinazzola, Giorgia; Galante, Dario; Caruselli, Marco; Pedrotti, Dino; Caso, Antonio; Lambo, Massimo; Melchionda, Matteo & Faticato, Maria Grazia 2013. Update on complications in pediatric anesthesia. *Pediatric reports*. February 5, 5(1). Viitattu 9.11.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3649741/>
- Dowden, Stephanie; McCarthy, Maria & Chalkiadis, George 2008. Achieving organizational change in pediatric pain management. *Pain Research and Management*. Jul-Aug; 13(4) 321–326. Viitattu 10.11.2013. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2671318/>
- Eloranta, Sini; Johansson, Kirsi & Vähätalo, Mervi 2009. Voimavaraistumista tukeva avannepotilaan ohjaus. Viitattu 10.5.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2009/asiantuntija-artikkelit/voimavaraistumista_tukeva_avanne/
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Förnäs, Christina; Järvenoja, Tiina & Karjalainen, Heli 2009. Preoperative counseling

of child patients from the age 6 to 9. A counseling folder for surgical child patients. Bachelor's thesis. Degree programme in Nursing. Bachelor of health care.

Hakala, Anne 2010. Bisnesetiketti. Tapakulttuuria meillä ja maailmalla. Savonia-ammattikorkeakoulu.

Hammar, Anne-Marja 2011. Kirurgian perusteet. Helsinki: WSOY.

Hanhisalo, Sanna 2002. ”Sairaala on kuin pieni unikupla” 7–12-vuotiaiden lasten ajatuksia ja kokemuksia sairaalassa. Kasvatustieteen Pro gradu – tutkielma. Opettajankoulutuslaitos. Jyväskylän yliopisto.

Hiitola, Briitta 2004. Toimenpiteisiin valmistamisen haasteet. Teoksessa Paula Koistinen, Susanna Ruuskanen ja Tuula Surakka (toim.) Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Helsinki: Tammi, 132–147.

HUS 2010. K5 Lastenkirurgian ja urologian osasto. Viitattu 27.3.2013.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/lastenklinikka/osastot/K5/Sivut/default.aspx>

HUS i.a.a Lasten urologia. Viitattu 28.3.2013. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/lasten-sairaanhoito/lastenkirurgia/lastenurologia/Sivut/default.aspx>

HUS i.a.b Urologia. Viitattu 24.3.2013.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/urologia/Sivut/default.aspx>

Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2010. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, Ansa; Jauhiainen, Mari & Syväoja, Pirjo 2012. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.

Ivanoff, Päivi; Risku, Aija; Kitinoja, Helli; Vuori, Anne & Palo, Raija 2007. Hoidatko minua. Lapsen, nuoren ja perheen hoitotyö. 3.–4. Painos. WSOY. Helsinki.

Jokinen, Sirpa; Kuusela, Anna-Leena & Lautamatti, Visa 1999. Lasten kliiniset tutkimukset. Tampere: Kirjayhtymä.

KELA i.a.a. Lääkärinlausunnot lääkkeiden ja kliinisten ravintovalmisteiden korvausotteutta varten. Viitattu 27.6.2013. http://www.kela.fi/laakkeet-ja-laakekorvaukset_laakarilausunnot

KELA i.a.b. Mikä lääkärinlausunto tarvitaan milloinkin? Viitattu 27.06.2013.

http://www.kela.fi/sairaus-ja-tyokyky_tyokyvyn-arviointi#3

KELA i.a.c. Erityishoitoraha. Viitattu 25.6.2013. <http://www.kela.fi/erityishoitoraha>

- Kokko, Elina; Kokkonen, Sara; Mehaari, Ayyaantu & Mäntylä, Annika 2012. Tuki perheelle lapsen sairaalasta kotiutumisen jälkeen. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Metropolia Ammattikorkeakoulu.
- Konttinen, Vesa & Hynynen, Markku 2003. Mitä ASA-luokka kertoo leikkausriskistä? Viitattu 10.10.2013. http://www.finnanest.fi/files/1a_kontinen.pdf
- Korhonen, Anne; Kaakinen, Pirjo; Miettinen, Seija; Ukkola, Liisa & Heino, Raija 2009. Leikki-ikäisen lapsen emotionaalinen tuki päiväkirurgisessa hoitotyössä - Hoitotyön suositus henkilökunnalle. Viitattu 15.11.2013. http://www.hotus.fi/system/files/Lapsen_emotionaalinen_tuki_SUM.pdf.
- Korte, Ritva, Rajamäki, Aira & Lukkari, Liisa 1997. Perioperatiiviset hoitoselosteet. Porvoo: WSOY.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY oppimateriaalit.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992. Viitattu 5.5.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>
- Louhimo, Ilmo; Peltonen, Jari & Rintala, Risto 2000. Louhimon lastenkirurgiaa. Helsinki: Kandidaattikustannus.
- Lääkäriliitto i.a. Lääkärintodistuksen kirjoittaminen. Viitattu 26.6.2013. <http://www.laakariliitto.fi/edunvalvonta-tyoelama/liiton-ohjeet/laakarintodistus/>
- Metachronos ry i.a. Mitä hydrokefali on? Viitattu 3.9.2013. <http://mmc.metachronos.fi/hydro.html>
- Munuais- ja maksaliitto i.a.a. Munuaiset ja niiden tehtävät. Viitattu 4.4.2013. http://www.musili.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas/munuaisten_tehtavat
- Munuais- ja maksaliitto i.a.b. Lasten dialyysihoito. Viitattu 5.4.2013. http://www.musili.fi/sairaudet_ja_elinsiirrot/lapsi_sairastaa/lasten_dialyysinhoito
- Mustajoki, Marianne; Alila, Anja; Matilainen, Elina & Rasimus, Mirja 2010. Sairaanhoidajan käsikirja. Helsinki: Duodecim.
- Niemelä, Seppo 2000. Tulehdukselliset suolistosairaudet. Teoksessa Krister Höckerstedt, Martti Färkkilä, Eero Kivilaakso & Pekka Pikkarainen (toim.) Gastroenterologia. Helsinki: Duodecim, 347–358.
- NINDS 2009. Malformaciones arteriovenosas. Viitattu 17.6.2013.

http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/malformaciones_arteriovenosas.htm

Nurmi, Matti; Lukkarinen, Olavi; Ruutu, Marja; Taari, Kimmo & Tammela, Teuvo
2001. Urologia. Helsinki: Duodecim.

Ortega Pérez, Arturo; Valdepérez Serra, Glória; Briansó Florencio, Maria, Simón Pérez, Rosa & Magraner Rullán, Xavier 2006. Técnicas básicas de enfermería. CFGM Cuidados Auxiliares de Enfermería. Barcelona: Altamar.

Osasto K5 i.a. Osaston esittely. Tuloste.

Osaston K5 hoitajat 2013. Haastattelu 5.6.2013.

Parkkali, Henna 2007. Lapsen syöpään sairastuminen isien ja äitien arjen kokemuksina. Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos, Sosiaalityön Pro gradu – tutkielma.

Penttimäki, Hanna & Virtanen, Maarit 2009. Kirjallisuuskatsaus: Leikki-ikäisen lapsen kivunhoito perioperatiivisessa hoitotyössä hoitajan näkökulmasta. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Vaasan ammattikorkeakoulu.

Rajantie, Jukka; Mertsola, Jussi & Heikinheimo, Markku 2010. Lastentaudit. Helsinki: Duodecim.

Sairaanhoitajaliitto i.a. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 1.6.2013.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Shum, Serena; Lim, Joanne; Page, Trish; Lamb, Elizabeth; Gow, Jennifer; Ansermino, Mark & Lauder, Gillian 2012. An audit of pain management following pediatric day surgery at British Columbia Children's Hospital. Pain Research & Management. Sep-Oct; 17(5): 328–334. Viitattu 8.11.2013.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3465093/>

Suomen Cp-liitto i.a. Hydrokefalia. Viitattu 2.9.2013. http://www.cp-liitto.fi/vammaryhmat/hydrokefalia_%28hc%29

Syöpäjärjestöt 2008. Sarkoomat. Viitattu 2.9.2013.

<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/syopataudit/sarkoomat/>

Tarkkanen 2011. Pehmytkudossarkooma. Viitattu 1.9.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01076&p_haku=pehmytkudossarkooma

Torkkola, Sinikka; Heikkinen, Helena & Tiainen, Sirkka 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi – opas potilasohjeiden tekijöille. Tampere: Tammi.

- Tuomi, Sirpa 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Nurse's Professional Competence in Pediatric Nursing. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, Tutkimusyksikkö, Kuopion yliopistollinen sairaala.
- Tuuteri, Leena 1993. Sata vuotta lastensairaanhoitoa – Helsingin lastenkliniikka 1893–1993. Helsinki: Otava.
- Vainio, Anneli 2009. Voiko kipua mitata? Viitattu 15.11.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025
- Wathen, Marja 2007. Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoidajan kertomana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.
- Vilén, Marika; Vihunen, Riikka; Vartiainen, Jari; Sivé, Tuula; Neuvonen, Sohvi & Kurvinen, Auli 2006. Lapsuus erityinen elämänvaihe. Helsinki: WSOY.
- Vänskä, Kirsti; Laitinen-Väänänen, Sirpa; Kettunen, Tarja & Mäkelä, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.
- Åstedt-Kurki, Päivi; Jussila, Aino-Liisa; Koponen, Leena; Lehto, Paula; Maijala, Hanna; Paavilainen, Riitta & Potinkara, Heli 2008. Kohti perheen hyvää hoitamista. WSOY oppimateriaalit.

LIITE 1: Kirjallinen ohje 1

OSASTON K5 KOTIUTUMISKAAVAKE

Alla tärkeitä asioita lapsenne kotiutumiseen liittyen:

Paluu päivähoitoon/ kouluun: _____

Syöminen ja juominen: _____

Liikkuminen: _____

Peseytyminen: _____

Haavanhoito: _____

Kivunhoito: _____

Ompeleiden poisto: _____

Jatkohoito: _____

Kysymysten ilmetessä tai ongelmatilanteissa ota yhteyttä osaston henkilökuntaan:

Ystävällisin terveisin,
Osaston K5 henkilökunta

LIITE 2: Kirjallinen ohje 2

TARVITTAVIA TODISTUKSIA:

Lista K5-osaston potilaiden huoltajille tarvittavista lääkärinlausunnoista. Rasti tarvittavat lausunnot ja täydennä tarvittavat tiedot. Palautetaan täytettynä osastolle.

Lapsen nimi ja hetu: _____

Huoltajan nimi ja hetu: _____

Päivämäärä: _____

Tarvitsemme:

☐ A-todistus, ajalle: _____

☐ B-lausunto, syy: _____

☐ C-lausunto, syy: _____

☐ D-todistus, ajalle: _____

☐ Matkakorvaustodistus, aika, millä tulitte sairaalaan: _____

☐ Muu todistus (esim. liikuntakielto, lapsen hoitopaikkaan, kouluun): _____

☐ Sosiaalipalveluja : _____

☐ Resepti(t): _____

Lääkärinlausuntojen selitykset:

A-todistus on todistus lyhytaikaisesta työkyvyttömyydestä.

B-lausuntoa tarvitaan lääkkeiden erityiskorvausta, kuntoutusta, tai pitkäaikaista sairauspäivärahaa varten.

C-lausunto tarvitaan esimerkiksi alle 16-vuotiaan vammaistukihakemusta varten. Myös omaishoidontukea voidaan myöntää, jos lapsi pitkäaikaissairauden tai muun vastaavanlaisen syyn vuoksi tarvitsee hoitoa ja lasta voidaan hoitaa kotonaan.

D-todistus on erityishoitoraha, jota maksetaan alle 16-vuotiaan lapsen vanhemmille, silloin kun vanhempi on estynyt työltään hoitaessaan lasta kotona. Ehtona on, että vanhempi ei saa lasta kotona hoitaessaan palkkaa työstään.